

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure

Par D'AZINCOURT (CHARLES)

Né à Dijon, le 25 janvier 1870

DES RÉSULTATS

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES BRONCHIECTASIES

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

PIERRE DELBET, } *agregés*
BROCA, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0044

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

236

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure

Par D'AZINCOURT (CHARLES)

Né à Dijon, le 25 janvier 1870

DES RÉSULTATS

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES BRONCHIECTASIES

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

PIERRE DELBET, } *agregés*
BROCA, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUD.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

Et particulièrement, A MON EXCELLENT AMI, LE D^r BRESSET

qui a bien voulu m'aider de ses conseils.

A M. LE DOCTEUR PIERRE DELBET

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

A M. LE DOCTEUR TUFFIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ
CHIRURGIEN DE LA MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS :
PÉRIER, HUMBERT, MERKLEN, SIREDEY, BAR

INTRODUCTION

La chirurgie pulmonaire a donné lieu, dans ces derniers temps surtout, à de nombreux travaux. Au dernier Congrès de chirurgie cette question avait été mise à l'ordre du jour.

Mais si le traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon, de la gangrène et des abcès pulmonaires a été à maintes reprises l'objet de travaux importants, l'étude des bronchiectasies envisagée au point de vue opératoire a toujours été laissée au second plan. La plupart des auteurs n'y consacrent que quelques lignes et s'accordent à dire que les résultats de la pneumotomie appliquée au traitement des dilatations bronchiques sont peu encourageants.

Nous avons été amené à faire quelques recherches sur ce sujet à propos d'une observation inédite qu'a bien voulu nous communiquer notre maître Pierre Delbet et dans laquelle une pneumotomie pratiquée par ce chirurgien avait été suivie de succès.

Nous avons pensé qu'en relevant aussi exactement que possible à peu près toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, nous pourrions arriver à établir le bilan exact de la pneumotomie dans les bronchiectasies.

Les statistiques publiées par Truc (1), Roswell Park (2), Lopez (3), Richerolle (4), Heydweiller (5), Reclus (6), Quincke (7)

(1) TRUC, Th. de Lyon, 1885, p. 67.

(2) ROSWELL PARK, *Annals of surgery*, 1887, t. V, p. 388.

(3) LOPEZ, *A moderna cirurgia pulmonar*, Lisboa, 1888, Typographia da academia real das sciencias.

(4) RICHEROLLE, Th. de Paris, 1891-92.

(5) HEYDWEILLER, Th. de Berlin, 1894, p. 22.

(6) RECLUS, 9^e Congrès de chirurgie, Paris, 1895, p. 62.

(7) QUINCKE, *Mitt. aus d. grenzgebieten d. Med. et Chir.*, Bd. I. H. I, p. 20 et p. 42.

(statistique personnelle) accusent de grandes divergences dans leurs résultats, aussi avons-nous cherché autant que possible à lire les observations dans le texte même, ce qui nous a permis de relever un certain nombre d'erreurs (omissions ou répétitions), et d'arriver à établir une statistique de 38 cas de pneumotomies par dilatations bronchiques.

Nous avons soigneusement éliminé de notre relevé toutes les observations dans lesquelles le diagnostic ne nous a pas paru suffisamment précis. De plus nous avons laissé de côté à dessein tous les cas de dilatations bronchiques consécutifs à l'introduction de corps étrangers dans les voies respiratoires, ces faits ne rentrant pas directement dans le cadre que nous nous sommes tracé.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

§ 1. — Des différentes formes de la dilatation des bronches.

C'est Laënnec, qui le premier a appelé l'attention sur la dilatation bronchique dans son traité : *De l'auscultation médiate*, et la description qu'il en a donnée en 1825, a bien peu changé depuis cette époque.

Cruveilhier, qui après lui s'est occupé de la question, a donné des bronchiectasies une étude qui est restée classique. Il admet 3 sortes de dilatations bronchiques :

1° Les dilatations cylindroïdes ou cylindriques qui occupent toute la longueur ou une bonne partie de la longueur d'une division bronchique qui se renfle brusquement, mais d'une manière uniforme en doublant, triplant de volume.

2° Les dilatations ampullaires présentent 2 variétés : a) La dilatation circonferentielle qui occupe toute la circonférence de la bronche ; b) la dilatation ampullaire ou sacciforme qui n'occupe qu'une partie de la circonférence. (La dilatation ampullaire est la plus fréquente.)

3° La dilatation ampullaire, au lieu d'être unique, peut être multiple : lorsque les ampoules multiples occupent le même tuyau bronchique elles présentent alternativement des étranglements et des dilatations à la manière des grains d'un chapelet, c'est la *dilatation bronchique moniliforme* (1).

(1) CRUVEILHIER, *Anatomie pathologique générale*, 1852, t. II, p. 874.

§ 2. — Étiologie et anatomie pathologique.

Depuis Laënnec tous les auteurs se sont efforcés de rechercher les causes qui président à la formation de la dilatation des bronches. Sans entrer dans les détails des diverses théories émises à ce sujet nous les résumerons brièvement.

Causes mécaniques résidant dans la bronche même (théorie de Laënnec).

Causes dépendant d'une action mécanique due à une lésion du parenchyme pulmonaire (théorie de Corrigan).

Causes dépendant d'une lésion mécanique due à une lésion de la plèvre (théorie de Barth).

Causes dépendant d'une altération des parois bronchiques (théorie de Stokes).

A côté de ces 4 théories plusieurs auteurs et entre autres A. Gombault (1) sont éclectiques. Cependant jusqu'à ces dernières années, on n'avait considéré la dilatation des bronches que comme le résultat d'une cause externe. On n'avait pas porté, croyons-nous, suffisamment l'attention du côté de la prédisposition individuelle de l'organisme. Ce sont MM. Hanot et Gilbert qui les premiers ont fait intervenir une autre cause : l'artério-sclérose des artères des parois des bronches, relevant d'une artério-sclérose généralisée. Ils rapportent une autopsie d'une malade morte de broncho-pneumonie avec dilatation des fines ramifications bronchiques, et insistent surtout sur l'état des vaisseaux qui ont augmenté en volume et en nombre.

Cette artério-sclérose des artères des parois bronchiques mène nécessairement à leur défaut de nutrition.

Il se passe dans le poumon ce qui se passe dans les autres viscères. A ce moment peuvent intervenir les causes occasionnelles et les dilatations se forment.

(1) A. GOMBAULT, Thèse de Paris, 1858.

C'est d'ailleurs ce que s'est efforcé de démontrer M. Nicaise (1). D'après ses expériences, la pression de l'air intra-pulmonaire est négative dans l'inspiration. Elle ne peut donc jouer aucun rôle dans la dilatation bronchique. Dans l'expiration, au contraire, la pression est positive. Le mercure monte à 2 ou 3 millimètres dans l'expiration calme et peut aller jusqu'à 87 millimètres dans l'expiration forcée.

Pendant l'expiration calme, la puissance expiratrice agit sur la partie respirante des voies respiratoires. La poitrine s'affaisse, les alvéoles se contractent et l'air est chassé dans les bronches où la pression intérieure augmente un peu. Si la glotte est béante, ce qui a lieu dans l'expiration calme, l'air s'écoule facilement au dehors et ni les bronches, ni la trachée ne subissent de dilatation appréciable — au contraire dans le cri, la toux il n'en est plus de même, et il se produit alors une dilatation de la trachée et des bronches. En effet l'air n'est plus chassé seulement par la contraction élastique des alvéoles ; les parois de la poitrine interviennent activement et l'air intra-pulmonaire, dont la sortie est gênée au niveau de la glotte, est comprimé à la fois par l'action des alvéoles et celle des muscles expirateurs. Il en résulte une dilatation des bronches.

Les causes prédisposantes sont donc surtout les inflammations des bronches, modifiant les éléments anatomiques et faisant perdre à la paroi sa résistance et son élasticité.

Aussi voit-on la dilatation des bronches se développer particulièrement à la suite des bronchites chroniques, des broncho-pneumonies, de la coqueluche ; en un mot de toutes les affections qui, par leur durée, modifient la structure normale des bronches.

Lorsque la dilatation est constituée, la structure des bronches est méconnaissable ; elles sont essentiellement formées de tissu conjonctif, de cellules embryonnaires et de vaisseaux largement

(1) NICAISE, *Association française pour l'avancement des sciences*, session de Besançon, 1893.

dilatés. Les fibres musculaires ont en partie disparu et à la place qu'elles occupaient existe un réseau de capillaires dilatés.

Les fibres élastiques sont nombreuses et prises individuellement ne sont pas altérées, mais comme l'espace qu'elles circonscrivaient primitivement a doublé ou triplé de volume et qu'elles n'ont augmenté ni de volume ni de nombre, elles ne forment plus au pourtour de la cavité bronchique un anneau complet ; celui-ci est comme rompu et dissocié.

La dilatation bronchique s'observe surtout sur les bronches de moyen et de petit calibre et presque jamais sur les grosses.

Le plus habituellement, la lésion est unilatérale et siège plus fréquemment à gauche qu'à droite ; elle siège aussi de préférence à la partie moyenne et inférieure du poumon, toutes les fois qu'elle siège au sommet, il y a lieu de penser à la tuberculose.

La dilatation cylindrique et la dilatation moniliforme sont des altérations habituellement limitées au sommet ; mais la *dilatation ampullaire*, qui est la plus commune, est au moins aussi fréquente, sinon plus, à la base qu'au sommet ; — elle est plus souvent superficielle que centrale.

CHAPITRE II

Symptômes.

Nous avons vu que la bronchiectasie succède en général à une broncho-pneumonie aiguë due à la grippe, à la coqueluche, à la rougeole. Entre cette broncho-pneumonie originelle et la dilatation des bronches, il s'écoule parfois une longue période pendant laquelle il semble que le malade ne soit atteint que d'une simple bronchite chronique.

Le premier signe qui attire l'attention, c'est l'abondance de l'expectoration. Cette expectoration se fait d'une manière toute particulière.

Le matin au réveil, le malade a une sensation de gêne, de plénitude du thorax. Il est pris d'une quinte de toux qui donne lieu au rejet d'une quantité notable de crachats. Les quintes de toux reviennent 3 ou 4 fois dans la journée, de préférence après le repas et donnent lieu chaque fois à une véritable vomique bronchique. La malade opérée par notre maître Pierre Delbet (obs. 38) en est un exemple typique. Cette abondance de l'expectoration est surtout remarquable chez l'enfant qui d'habitude ne crache pas. Au début, l'expectoration bronchique est surtout muqueuse mais elle ne tarde pas à devenir muco-purulente.

De même l'odeur est absolument caractéristique. Au début, odeur fade *sui generis*, rappelant celle du plâtre frais, mais qui bientôt sous l'influence de la décomposition prend une horrible fétidité comparable à l'odeur du poisson pourri. L'haleine prend alors une telle puanteur que, dans un hôpital, les malades d'une salle entière sont incommodés. Si on laisse reposer pendant un certain temps la sécrétion rendue, elle se divise en 3 couches :
1° Une couche profonde, purulente, contenant de nombreux

leucocytes avec des microbes de la suppuration et des fibres élastiques s'il y a dégénérescence des bronches.

2° Une couche moyenne, muqueuse, formée par un mucus filant au milieu duquel le microscope révèle des cellules épithéliales cylindriques et caliciformes en voie de dégénérescence et des cristaux gras.

3° Une couche superficielle, claire, limpide et aérée.

La quantité de matières expectorées est le plus souvent considérable et on l'a vu atteindre un litre par jour (obs. 3) (obs. 38).

Le diagnostic de bronchiectasie peut être porté avec certitude quand, outre les symptômes dont nous venons de parler, il y a des signes locaux qui indiquent l'existence de cavités.

A l'inspection du thorax, on remarque quelquefois un aplatissement qui correspond, non à la bronchiectasie même, mais plutôt au pourtour des bronches dilatées, là où existent des rétractions de tissu conjonctif dans les poumons (obs. 7, 16, 19, 21, 26, 30, 32, 35, 36, 38).

En certains points, le thorax participe moins aux mouvements inspiratoires. Souvent les malades prennent des positions particulières qui permettent aux sécrétions de rester longtemps dans les dilatations avant de remonter dans les parties sensibles de la muqueuse bronchique et de donner lieu à des quintes de toux qui les rejettent.

L'existence d'une dilatation siégeant à la partie supérieure du poumon est beaucoup plus gênante pour le malade car alors le pus s'écoule continuellement de la caverne, et donne lieu à une toux presque ininterrompue.

A la palpation et la percussion les symptômes varient chez le même malade suivant que la caverne bronchique est pleine ou vide de sécrétions. Le frémissement vocal est plus intense quand la dilatation est vide. La percussion donne d'ordinaire de la submatité qui peut aller jusqu'à la matité complète si les cavités bronchiques sont remplies. Si elles sont vides elle peut être tympanique et même donner un bruit de pot fêlé. Aussi lorsque la dilatation bronchique est soupçonnée, avant de porter un

diagnostic ferme faut-il revoir plusieurs fois le malade, car si l'on n'a rien entendu une première fois, il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence de toute caverne, car celle-ci, au moment de l'examen, peut être dans des conditions telles que rien ne la révèle ni à la percussion ni à l'auscultation. Une autre difficulté du diagnostic, c'est qu'elle peut être trop profondément située pour être diagnostiquée par la percussion et l'auscultation.

Au niveau d'une grosse bronchiectasie superficielle, l'auscultation permet d'entendre un bruit respiratoire bronchique auquel s'ajoute un son métallique. Ce bruit respiratoire bronchique suppose un contenu gazeux de la cavité qui manque quand elle est plus ou moins remplie de liquide. La présence de liquide se traduit par l'existence de ronchus humides.

Pendant un temps plus ou moins long, la santé des malades atteints de bronchiectasie reste assez bonne, tout au moins au début, ils ne sont guère incommodés que par une expectoration plus ou moins abondante qui peut même ne pas être fétide. Mais bientôt, ils ne tardent pas à être en proie à des accès de fièvre occasionnés par la résorption des sécrétions bronchiques. Ceux-ci peuvent être entrecoupés de frissons. La fièvre prend le type de fièvre hectique; les malades maigrissent de plus en plus, il survient de la diarrhée, la peau prend une teinte terreuse et s'œdématie. C'est trop souvent à cette période qu'on demande à l'intervention chirurgicale de sauver un malade qui est à peine en état de supporter une opération grave.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Au point de vue du diagnostic, nous pouvons nous trouver en présence de deux variétés :

a) Les signes de dilatation s'étendent à tout un poumon. Dans ce cas, il s'agit ou d'une bronchiectasie cylindrique ou d'une bronchite chronique.

Dans la bronchite chronique, l'expectoration sera moins abondante et surtout ne se fera pas par petites vomiques, plusieurs fois par jour. On trouvera des lésions des deux côtés de la poitrine : gros râles ronflants et sibilants disséminés partout. Il n'y a que très rarement fétidité des crachats et quand celle-ci existe, elle n'est que passagère.

Il ne faut peut-être pas essayer de pousser trop loin ce diagnostic différentiel, car on ne doit pas oublier que la bronchite chronique est un des modes de début et une des causes principales de bronchiectasie et souvent il est bien difficile de préciser le moment exact où une bronchite chronique devient dilatation des bronches.

D'ailleurs cette forme présente peu d'intérêt pour nous, car elle ne rentre évidemment pas dans le cas des bronchiectasies susceptibles de bénéficier d'une intervention chirurgicale.

b) Les signes de dilatation sont nettement localisés en un point du poumon.

Dans ce cas, il importe de faire le diagnostic avec plusieurs affections du poumon ou de la plèvre qui présentent un certain nombre de symptômes communs :

Caverne tuberculeuse ;

Gangrène pulmonaire ;

Abcès du poumon ;
Pyo-pneumothorax ;
Pleurésie purulente enkystée ;
Kyste hydatique du poumon.

Pour le diagnostic différentiel avec les *cavernes tuberculeuses* on se basera sur les antécédents héréditaires, sur la marche de la maladie, la situation de la caverne qui siège de préférence au sommet, l'existence de lésions des deux côtés, la manière dont sont rendus les crachats et surtout, signe capital, la présence de bacilles de Koch.

Le diagnostic entre la *bronchite putride* due à la bronchiectasie et la gangrène pulmonaire est très délicat ; on ne peut souvent le faire qu'au microscope. Dans les crachats de gangrène, on trouve le plus souvent des lambeaux de poumon sphacelé tandis qu'on n'en trouve jamais dans la bronchiectasie.

Le diagnostic avec l'*abcès du poumon* est encore plus difficile. En effet dans les 2 cas, on trouve la même fétidité d'haleine, la même abondance d'expectoration. Cependant dans les cas typiques, l'expectoration de l'abcès du poumon ressemble tout à fait comme aspect et consistance à du pus phlegmoneux. Elle est homogène, verdâtre, opaque, elle a la consistance de la crème. De plus et c'est, croyons-nous, un bon signe de diagnostic, si on laisse reposer les produits de l'expectoration dans un verre à expériences, au lieu d'avoir les trois couches caractéristiques de la bronchiectasie on n'en observe plus que deux, une inférieure granuleuse, composée en majeure partie de globules blancs, et une supérieure séreuse. Enfin quoi qu'il en soit, ce diagnostic est des plus difficiles ; mais au point de vue chirurgical, il ne présente pas une grande importance, car dans les deux cas le malade tirera le même bénéfice de l'intervention, qu'il s'agisse d'un abcès du poumon ou d'une caverne bronchiectasique.

Quant au *pyo-pneumothorax*, il survient généralement au cours de la tuberculose et presque toujours à la troisième période, bien qu'on l'ait signalé exceptionnellement au début.

Dans ce dernier cas, et c'est seulement alors qu'il nous intéresse, on aura pour le différencier de la bronchiectasie, son début brusque, une dyspnée exclusive, un point de côté violent qui survient chez le malade à l'occasion d'une quinte de toux ou d'un effort.

La *pleurésie purulente enkystée* peut être confondue avec une bronchiectasie, les symptômes qu'elle fournit à l'auscultation et à la percussion sont analogues dans les deux cas et localisés en un seul point.

Cependant, la pleurésie a une tendance à siéger entre les lobes pulmonaires et est beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche. Dans la pleurésie purulente enkystée, avant la vomique, on peut remarquer une dilatation partielle du thorax, ce qui n'existe jamais dans la bronchiectasie, car cette dilatation est caractéristique d'un épanchement emprisonné par des adhérences et qui, ne pouvant s'étendre en hauteur, refoule la paroi costale en dehors, le diaphragme en bas en se creusant une loge dans le poumon qu'il comprime.

Enfin la vomique résultant d'une pleurésie purulente enkystée se manifeste par l'expulsion brusque d'une grande quantité de pus bien lié sans mélange d'air et de mucus. De plus la quantité de l'expectoration diminue sensiblement les jours suivants.

Quant au *kyste hydatique du poumon*, les symptômes ne peuvent le déceler que lorsque celui-ci est suffisamment développé. La douleur est un des symptômes initiaux. La dyspnée s'accroît peu à peu, due à la compression du parenchyme pulmonaire et au rétrécissement progressif du champ de l'hématose. Elle s'accompagne d'une sensation de dépression profonde, étrange, d'une sorte d'assoupissement que Chachereau (1) d'après son observation personnelle compare à l'effet d'un narcotique. Bientôt s'établit une toux quinteuse, sèche au début, qui finit par donner une expectoration muqueuse. Un phénomène de la

(1) Thèse de Paris, 1884.

plus haute importance qui accompagne le kyste hydatique, mais qui malheureusement manque souvent aussi, c'est l'urticaire.

A un moment donné, le kyste finit par perforer une bronche et donne lieu à une vomique qui peut être claire comme de l'eau de roche ou purulente.

Dans les 2 cas, le liquide contient des débris d'hydatides visibles au microscope. Quant au diagnostic du siège exact de la lésion, il est bien souvent impossible. Ni l'auscultation ni la percussion la plus minutieuse ne permettent de préciser à quel niveau et à quelle profondeur exacte siège le foyer purulent que l'on veut inciser, et tout récemment encore, au cours de la discussion sur la chirurgie pulmonaire à la Société de chirurgie (1), plusieurs des observations publiées ont démontré l'impossibilité d'un diagnostic absolument précis.

(1) *Soc. de chirurgie*, 1895, t. XXI, p. 687.

CHAPITRE IV

Pronostic et complications.

Le pronostic de la bronchiectasie est des plus sombres, car de l'avis de tous les auteurs si la dilatation bronchique est abandonnée à elle-même la terminaison fatale est la règle. L'hémoptysie est une complication assez fréquente. Il peut même survenir des hémoptysies foudroyantes, nombre d'auteurs en rapportent des exemples (1).

D'après Williams (2), il y a quatre terminaisons possibles :

1° Les sécrétions fétides peuvent, à la faveur des mouvements respiratoires, passer dans les bronches du poumon opposé et déterminer une pneumonie septique mortelle.

2° Les produits putrides sont résorbés par les lymphatiques ou les vaisseaux et vont déterminer des abcès pyohémiques dans différentes parties du corps.

3° La bronchiectasie s'ouvre dans la plèvre et occasionne un pneumothorax.

4° Ou encore à la suite de la pénétration des sécrétions bronchiques dans un grand nombre d'alvéoles pulmonaires, il survient une broncho-pneumonie.

Le traitement médical est sans doute très utile tant que la maladie n'est pas définitivement constituée, il nous semble au contraire que le traitement chirurgical est tout indiqué à la période d'état. Il y a bien entendu des réserves à faire et nous ne conseillons pas d'opérer systématiquement toutes les bronchiectasies. Nous verrons plus loin quelles sont les conditions dans

(1) DEJEAN, Thèse de Paris, 1888, *Hémoptysies non tuberculeuses dans la dilatation des bronches*. CORNIL et JOCOS, *France médicale*, 1887, n. 49.

(2) *The Lancet*, 1882, T. II, p. 1107.

lesquelles on est autorisé à tenter l'opération, mais nous pouvons dire, dès maintenant, avec Bull (1) qu'il faut examiner attentivement les différents organes, foie, reins, etc., car très souvent les lésions viscérales principalement la dégénérescence graisseuse et amyloïde préexistent à l'intervention et compromettent le succès définitif de la pneumotomie. — Malheureusement ces lésions sont le plus souvent méconnues, au moins dans leur intensité et leur étendue, et la plupart du temps, on ne les constate qu'à l'autopsie.

Une autre complication fréquente de la bronchiectasie comme d'ailleurs de toutes les suppurations pleuro-pulmonaires en général et sur laquelle l'attention ne nous paraît pas avoir été suffisamment appelée jusqu'ici, c'est la mort par abcès du cerveau. Frappé de la fréquence de cette complication, nous avons fait quelques recherches en ce sens et aussitôt nous avons pu voir que bien souvent les abcès métastatiques du cerveau étaient consécutifs à des lésions suppurées pleuro-pulmonaires.

Nous relevons dans la thèse de Lancereaux (2) trois morts par abcès cérébraux chez des malades atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

Finlay (3) rapporte à la Société de médecine de Londres un cas de mort par abcès du cerveau chez un malade atteint de pleurésie purulente. Aussitôt, dans la même séance, Hadden et Haviland-Hall citent 2 faits analogues. Vers la même époque M. Pierre Delbet (4) publie une observation presque semblable ; nous relevons enfin un cas de M. Hanot (5).

Comment interpréter ces faits ? C'est ce que nous ne saurions dire, car pour répondre à cette question d'une manière satisfaisante, il faudrait connaître la fréquence de la mortalité par abcès cérébral dans les suppurations pleuro-pulmonaires et cette

(1) *Congrès de Copenhague*, août 1884.

(2) LANCEREAUX, Th. de Paris, 1862.

(3) *Soc. de méd. de Londres*, 8 février 1886.

(4) *Revue de chirurgie*, 1886, p. 829.

(5) *Soc. méd. des hôpitaux*, 1^{er} juin 1893.

recherche nous aurait entraîné bien loin de notre sujet ; néanmoins nous sommes frappé du fait suivant : la question est une fois portée devant une société savante et trois observations sont immédiatement produites. Peut-être ces abcès ne sont-ils pas extrêmement rares. Peut-être constituent-ils un véritable danger pour les porteurs de cavités pleurales ou pulmonaires. Peut-être devons-nous en tirer des conclusions au point de vue thérapeutique.

Toutes ces questions demanderaient à être envisagées de très près et nous n'avons aucunement la prétention de les résoudre. Si nous insistons sur ce point c'est uniquement afin qu'il ne vienne à l'esprit de personne en voyant dans notre statistique quatre cas de mort par abcès cérébraux de mettre cette complication sur le compte de l'intervention.

CHAPITRE V

Indications et manuel opératoire.

Avant de décrire la manière dont il faut aborder le poulmon pour pratiquer la pneumotomie dans les cas de bronchiectasies, il nous semble qu'il y a à envisager deux facteurs bien différents :

La forme de la dilatation ;

L'état du malade.

Forme de la dilatation. — 1° La dilatation ampullaïre ou sacciforme est évidemment, de toutes les formes de bronchiectasie, celle qui retire le plus grand bénéfice de l'intervention chirurgicale, mais c'est malheureusement de beaucoup la moins fréquente.

2° La plupart du temps on a affaire à une dilatation en chapelet, c'est-à-dire qu'il y a plusieurs dilatations bronchiques communiquant les unes avec les autres.

Dans ce cas, il existe toujours une cavité plus volumineuse que les autres. C'est elle qui empoisonne le malade et c'est elle qu'il faut ouvrir et drainer étant donné surtout qu'actuellement la pneumotomie est une opération admise par tous les chirurgiens.

3° Les cas de dilatations cylindriques avec dilatations multiples de fines ramifications bronchiques rentrent dans les cas de bronchites putrides et ne sont nullement justiciables de la pneumotomie.

État du malade. — 1° L'état général du malade est assez satisfaisant et son existence n'est nullement en danger, mais la vie lui est devenue intolérable par l'apparition plusieurs fois par jour de vomiques répétées et tellement fétides qu'il est obligé

de vivre à l'écart et de renoncer à toutes espèces de relations. Dans ce cas, il est bien évident que même lorsqu'on reconnaît nettement l'existence de signes cavitaires, on ne peut guère recourir à l'opération que si le malade le demande. Mais dès qu'on s'aperçoit que la lésion fait des progrès, que l'état général devient mauvais, il faut intervenir car si on attend trop le malade ne tire plus aucun bénéfice d'une incision qui aurait pu lui être utile. A quel moment faut-il intervenir ? C'est une question à laquelle on ne peut répondre d'une manière précise et qui est laissée au tact et à l'appréciation de chacun.

2^o Au contraire, si le malade présente un mauvais état général, avec teinte terreuse de la peau, léger œdème, température oscillant entre 38°5 et 40 ; si la percussion et l'auscultation démontrent la présence de signes cavitaires constants, il n'y a pas à hésiter et c'est alors un principe de chirurgie générale : il y a une collection purulente dont l'existence et le siège sont nettement démontrés, il faut l'ouvrir et pratiquer la pneumotomie.

Manuel opératoire. — La pneumotomie étant décidée, le malade est anesthésié au chloroforme ou à la cocaïne ; on doit rejeter l'éther comme amenant une inflammation considérable des voies respiratoires qui serait des plus préjudiciables au malade pour les cas qui nous occupent. On incise alors les téguments et on arrive sur la plèvre pariétale. Ici s'élève une question de la plus haute importance qui n'a pas encore été nettement tranchée ; c'est la question des adhérences pleurales. Hâtons-nous de dire que cette question de présence ou d'absence d'adhérences qui a soulevé, dans ces temps derniers surtout, de si vives discussions ne se pose que rarement (sur nos 38 observations, les adhérences manquaient 3 fois seulement).

S'il y a des adhérences, il est bien évident qu'on n'a qu'à inciser le bloc pleuro-pulmonaire.

S'il n'y a pas d'adhérences, 3 procédés ont été conseillés :

Les créer ;

Les chercher ;

S'en passer.

1^o Pour les créer, les uns, comme de Cérenville, font l'opération en deux temps.

« Toutes les probabilités, dit-il (1), doivent la faire rencontrer (l'adhérence des plèvres). La consistance de la plèvre, après les premiers traits de bistouri, ne laisse presque pas de doute; s'il y en avait, le mieux serait de procéder en deux temps, de placer quelques sutures avec une aiguille courbe, de façon à faire adhérer artificiellement les plèvres et de renvoyer à 48 heures la poursuite de l'incision dans les couches profondes ».

Quinke (2) va même beaucoup plus loin :

« Les adhérences pleurales sont une condition nécessaire à la pneumotomie. Là où elles manquent, il faut les produire artificiellement et si l'on n'est pas sûr de leur existence, il faut faire comme si elles n'existaient pas ».

Pour créer ces adhérences, il recommande de se servir de la pâte de chlorure de zinc et selon lui, *il vaut mieux attendre 12 à 14 jours* (*loc. cit.*, p. 66) avant d'inciser la caverne bronchique.

D'autres, avec Roux de Lausanne, font l'opération en un seul temps et créent des adhérences sur le champ si elles n'existent pas préalablement. Voici le résumé de la communication que fit cet auteur à la Société de chirurgie de Paris sur un nouveau procédé applicable aux interventions sur le poumon (3).

« Ce procédé, imaginé pour prévenir la formation d'un pneumothorax, consiste, après avoir incisé les muscles intercostaux et mis à nu la plèvre pariétale, à suturer la plèvre pariétale à la plèvre viscérale, en harponnant avec l'aiguille courbe la substance du poumon au moment où un mouvement respiratoire la fait proéminer dans la plaie. Tout le tour de la plaie est ensuite garni de sutures à arrière-point. »

(1) *Revue médicale de la Suisse romande*, 1885, p. 449.

(2) QUINCKE, *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie*, 1^{er} B., 1^{re} H.

(3) *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1891, t. XVII, p. 442.

Pour nous, il n'est pas douteux que les adhérences pleurales sont indispensables et que, si pendant l'opération on reconnaît qu'elles n'existent pas, il faut les créer ou les rechercher.

Dans une observation de Krecke (1) où il n'y avait pas d'adhérences pleurales, il s'ensuivit un pneumothorax, il fut impossible de trouver la dilatation bronchique et le malade mourut quelques heures plus tard.

Dans un cas analogue, Laache (2) ouvre la plèvre mais fait immédiatement une suture en collerette du poumon aux lèvres de la plaie.

2^o Comment peut-on chercher à se rendre compte de la présence d'adhérences pleurales ?

Pour cela, le chirurgien a la ressource, la plèvre pariétale étant à nu, de faire une ponction exploratrice dans la partie pulmonaire à laquelle il doit s'attaquer. Dans les cas où les deux feuillets de la plèvre sont mobiles l'un sur l'autre, les mouvements respiratoires amènent le déplacement de la portion pulmonaire ponctionnée et par suite provoquent des oscillations de l'aiguille. Celle-ci reste immobile au contraire quand les adhérences pleurales empêchent le déplacement du poumon (3).

Une autre méthode beaucoup plus récente et sur laquelle nous n'osons nous prononcer en raison même de sa nouveauté et du petit nombre des opérations où elle a pu être employée, c'est la méthode préconisée devant la Société de chirurgie par notre maître le D^r Tuffier (4).

« Arrivé sur la plèvre pariétale, on l'examine et on la libère
« parfaitement de toutes les fibres musculaires qui peuvent lui
« adhérer. Si les lésions paraissent ne pas siéger à ce niveau,
« on décolle cette plèvre avec précaution au niveau des bords
« supérieurs et inférieurs des côtes sus et sous-jacentes. La côte
« étant bien dénudée avec l'aide de la rugine, on résèque le nerf

(1) KRECKE, *Munch. med. Woch.*, 1891, p. 399, observat. XXIII.

(2) LAACHE, *N. magazin for Laeger*, 1891, n^o 4.

(3) HEYDENREICH, *Sem. méd.*, 1888, p. 505.

(4) *Séance de la Soc. de Chirurgie* du 13 nov. 1895.

« intercostal, on pince les vaisseaux artère et veine intercos-
« tales, et on détache avec le costotome une portion plus ou
« moins considérable de la côte.

« Le décollement opéré et les deux feuillets de la plèvre ve-
« nant au contact, on voit le poumon, avec ses aréoles et sa co-
« loration bleuâtre, se mouvoir dans un mouvement alternatif
« de montée et de descente.

« Plus ce décollement est considérable, plus il est facile de
« palper le poumon jusque dans ses profondeurs, mais cette
« palpation profonde ne me paraît pas nécessaire à la décou-
« verte des foyers morbides qui sont en général périphériques.

« Cette zone d'exploration peut être très grande. On ne décolle
« pas seulement la plèvre sur la surface mise à nu par la résec-
« tion costale, mais la main s'insinuant sous la voûte costale,
« détachant de la paroi costale la plèvre que le retrait partiel du
« poumon attire en dedans, peut remonter sur la hauteur de
« deux ou trois espaces intercostaux, ou filer très loin le long
« de la face profonde de la côte.

« Je comparerai volontiers le pneumothorax partiel ainsi créé
« à une chambre voûtée dont le plancher est formé par la plè-
« vre, la voûte par le grill costal. Une ouverture pratiquée dans
« le plafond permet de voir et d'explorer l'intérieur ; cette ou-
« verture c'est la brèche de la côte réséquée ».

3^e Pour MM. Ricard et Bazy il n'y a pas à se préoccuper du défaut d'adhérences. « Si l'on agit avec précaution, on peut faire une incision à la plèvre et l'explorer sans danger (1) ». A ce propos, M. Bazy rapporte une opération personnelle où il produisit volontairement un pneumothorax sans aucun danger pour le malade.

M. Ricard, d'autre part, dit (2) : « Je me range complète-
« ment du côté de ceux qui pratiquent la pleurotomie explo-
« ratrice franche, et qui, la résection costale effectuée, incisent

(1) BAZY, *Congrès de chirurgie*, 1895, p. 81.

(2) RICARD, *Séance de la Société de chirurgie*, 20 novembre 1895.

« hardiment le feuillet externe de la séreuse pleurale. Cette incision faite, et faite largement, les doigts explorent la cavité pleurale, la surface du poumon, en pratiquent la palpation méthodique et peuvent diriger à ce moment l'instrument explorateur, trocart, bistouri ou thermo-cautère ».

Nous devons reconnaître que ces deux chirurgiens sont à peu près seuls de leur avis et dans les recherches que nous avons faites au cours de ce travail, nous avons pu voir que tous les auteurs étaient unanimes à rechercher soigneusement si les plèvres étaient adhérentes et à considérer la production d'un pneumothorax comme une complication grave.

Les adhérences pleurales existant soit naturellement soit qu'on les ait créées artificiellement, quel manuel opératoire doit-on employer pour aborder le poumon ?

Il ne faut pas se dissimuler d'abord que la chloroformisation, comme d'ailleurs dans toute opération sur le poumon, n'est pas sans présenter quelque danger et dans notre statistique nous relevons deux cas de mort par syncope chloroformique.

Deux procédés ont été employés pour atteindre le poumon :
La Ponction.

L'incision thoracique { sans résection costale,
avec résection costale.

I. Ponction. — Nous ne parlons pas bien entendu de la ponction exploratrice qui sera toujours faite pour confirmer le diagnostic même quand celui-ci est établi avec certitude. Nous voulons parler exclusivement de la ponction employée comme méthode curative et dans ce cas c'est un mauvais moyen.

En effet, un instrument de petit calibre ne suffira pas à évacuer le contenu d'un foyer qui renferme du pus très concret et souvent des débris sphacelés formés par la nécrose du parenchyme pulmonaire.

Si l'on emploie des trocarts de gros calibre, il est bien évident qu'un instrument de grosse dimension n'est pas maniable comme une aiguille exploratrice et on ne peut le faire pénétrer au hasard dans le poumon. Il doit suivre une direction bien détermi-

née et pénétrer à une profondeur connue d'avance. Ce n'est donc plus un moyen de diagnostic et c'est un mauvais moyen curatif. De plus, s'il n'y avait pas d'adhérences, on infecterait sûrement la plèvre.

De Cérenville pour obvier à cet inconvénient introduit « dans le trajet du trocart une tige de laminaire destinée à élargir le trajet et à en faire une ouverture béante et suffisante (1) ».

Mais l'auteur reconnaît lui-même que ce procédé offre de grands inconvénients, d'abord parce qu'il est très douloureux et ensuite parce qu'il est bien difficile de désinfecter complètement une laminaire qui au bout de très peu de temps de contact avec le pus du trajet fistuleux qu'elle doit dilater deviendra certainement une source d'infection secondaire. De plus, ce trajet ainsi dilaté à la laminaire s'obstrue en très peu de temps par suite de la formation de bourgeons charnus.

Nous ne nous arrêtons donc pas à ce procédé qui est un procédé de début alors que la chirurgie pulmonaire était encore dans l'enfance et qu'on n'osait toucher au poumon par crainte d'hémorrhagie.

II. Incision thoracique. — 1° *Sans résection des côtes.* L'incision du thorax sans résection des côtes est le plus souvent insuffisante. S'il s'agit, comme cela arrive souvent, de cavernes bronchiques situées à une certaine distance de la surface pulmonaire, l'exploration au moyen du doigt s'impose. Or l'espace intercostal qui la plupart du temps est resserré au niveau où l'on se propose de pénétrer dans le poumon n'offre assez de place ni au doigt ni aux instruments qui se guident sur lui.

Mosler recommande pour arriver jusqu'à la dilatation bronchiectasique de se servir de la pince à pansement (Kornzangue) qui lui paraît offrir l'avantage d'une extrémité obtuse et facile quand même à faire pénétrer dans les tissus. Il l'emploie au lieu et place du bistouri. Après avoir préalablement pratiqué l'incision intercostale jusqu'à la plèvre, il fait pénétrer profon-

(1) DE CÉRENVILLE, *Rev. méd. de la Suisse romande*, août 1885.

dément la pince par un mouvement de forage jusque dans le foyer. Il ouvre alors la pince qui, en dilacérant le tissu pulmonaire, crée une fistule et fait alors intervenir le thermo-cautère qu'il recommande vivement.

2° *Avec résection costale.* — La résection d'un fragment même d'une seule côte est fort utile. Elle permet de se rendre compte facilement et d'une manière certaine des adhérences de la plèvre, elle rend l'incision du poumon plus facile, favorise l'installation de drains volumineux et empêche la fistule de s'obstruer trop rapidement comme cela arrive souvent quand on se contente de l'incision simple.

La forme à donner au lambeau cutané n'a aucune importance. Une fois arrivé sur les muscles, on les sectionne et on les écarte, puis on fait la résection sous-périostée des côtes. Si la cavité est trop profondément située pour qu'on puisse l'atteindre en dilacérant le tissu pulmonaire avec le doigt, on peut se servir du bistouri, du thermo-cautère ou même d'une sonde cannelée.

Lorsque les cavernes sont situées au sommet du poumon, l'intervention demande de plus grandes précautions que lorsqu'il s'agit de pénétrer à la partie moyenne ou inférieure. Ces cas sont d'ailleurs exceptionnels et dans la bronchiectasie les lésions ne siègent presque jamais au sommet. Il est entendu qu'on ne doit jamais réséquer la 1^{re} côte à cause du voisinage redoutable des gros vaisseaux sous-claviers.

Une fois la résection faite, il est quelquefois fort difficile de se reconnaître exactement. En effet, la plèvre peut avoir subi un épaissement considérable qui la transforme en une fausse membrane dure et fibreuse. Le même travail inflammatoire a induré les couches externes du parenchyme pulmonaire. On ne sait exactement à quel moment le doigt a pénétré dans le poumon ni à quelle distance il se trouve du foyer qu'il s'agit d'atteindre. On peut s'aider des moyens suivants (1) :

Le parenchyme pulmonaire saigne davantage que la plèvre indurée.

(1) DE CÉRENVILLE, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1885, p. 449.

La consistance du poumon est moindre que celle de la plèvre, même lorsqu'il est sclérosé.

Lorsqu'on arrive au voisinage immédiat d'une caverne ou de plusieurs petites excavations, il se produit un léger bruit de gargouillement.

Cette méthode de résection costale présente de sérieux avantages.

1^o Elle donne du jour et permet de reconnaître si la plèvre est saine et ne forme pas d'adhérences.

En outre l'ablation des côtes facilite la rétraction du thorax, indispensable dans certains cas pour que le succès opératoire soit complet.

En effet, l'étude de ce qui se passe dans les pleurésies chroniques doit faire comprendre le rôle de la rétraction du thorax dans l'occlusion des cavités du poumon. On voit quelquefois en effet que, après l'incision de la plèvre et l'écoulement du pus, la guérison a lieu rapidement, la rétraction de la paroi osseuse suffit pour combler le vide.

D'autres fois, la rétraction une fois arrivée à son maximum, la cavité pleurale reste béante, les plèvres ne parviennent plus à adhérer ou ne le peuvent qu'au prix d'un effort qui se prend aux dépens du parenchyme pulmonaire.

Eh bien, qu'il s'agisse d'une excavation située dans le poumon ou d'une excavation pleurale, le mécanisme est le même. Sous l'impression du travail cicatriciel, il s'opère dans les parois et le tissu ambiant de la cavité une rétraction analogue déterminant un appel de dehors en dedans. Si la paroi osseuse est souple, jeune, elle répondra à cet appel, mais si la cage thoracique est résistante, elle ne cèdera plus et la cavité pulmonaire au lieu de se combler restera stationnaire.

Donc l'opération qui vient réduire la résistance de la paroi thoracique lui permettra de s'infléchir en dedans sous l'effet de la même force qui tend à rapprocher les parois de l'excavation.

D'ailleurs le fait a été noté par quelques auteurs, entre autres

Mosler (1) qui, précisément dans ce cas, obtint une guérison qui malheureusement ne s'est pas maintenue ; le malade a succombé 8 mois après de tuberculose généralisée.

3° Enfin, le 3° avantage de cette méthode c'est qu'il ne faut pas oublier que l'ouverture large du thorax a son importance au point de vue du mode des pansements.

Une fois la pneumotomie faite, quelle conduite doit-on tenir ?

Tous les auteurs sont d'avis de drainer la cavité. On a employé indifféremment les drains en argent, en caoutchouc durci, en gomme élastique.

Mais où l'accord est loin d'être aussi parfait, c'est lorsqu'il s'agit de savoir si l'on doit ou non faire des lavages antiseptiques de la cavité. Les uns le recommandent. Mosler en particulier insiste sur les bons effets des lavages salicylés. D'autres sont d'un avis contraire. « Les liquides introduits dans un foyer en communication avec les bronches provoquent des accès de toux et d'étouffement redoutables (2) ».

Chez la malade de notre observation personnelle, M. le Dr Pierre Delbet a essayé au début de badigeonner la cavité avec un tampon d'ouate imbibé de naphthol camphré. Mais il a été bientôt obligé d'y renoncer, car dès que le camphre en se volatilisant arrivait dans la trachée, la malade était prise d'accès de suffocation intenses. Cependant quelques auteurs disent que les malades finissent par s'y habituer. Mais il serait peut-être bon de faire quelques recherches sur ce point afin de savoir quel est l'antiseptique le mieux supporté.

(1) MOSLER et HUTER, *Verandl. d. congrès. für innere. Med.*, 1882, t. II, p. 87.

(2) DE CÉRENVILLE, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1885, p. 455.

CHAPITRE VI

Résultats.

Nous n'avons pas la prétention de préconiser ici un traitement radical des bronchiectasies, étant donné surtout que dans la très grande majorité des cas le chirurgien n'est appelé à intervenir que lorsque le médecin s'est avoué désarmé. D'ailleurs, il n'y a pas à proprement parler de traitement médical. M. le professeur Dieulafoy parlant de la statistique de Roswell Park dit : « Tout cela n'est pas encore très favorable aux entreprises chirurgicales et cependant quand on pense au pronostic pres- que fatal qui accompagne la bronchiectasie on se dit que c'est encore dans la chirurgie qu'est l'avenir du traitement rationnel des dilatations bronchiques ».

Evidemment lorsque la bronchiectasie est généralisée, la chirurgie est impuissante, mais, où elle reprend tous ses droits, c'est lorsqu'il se produit manifestement des phénomènes de rétention déterminant des accidents de septicémie aiguë ou chronique. Alors on ne doit pas plus hésiter à faire la pneumotomie qu'on n'hésite à faire la néphrotomie lorsqu'on se trouve en présence d'une pyélo-néphrite avec rétention ou la cholécystotomie dans un cas de vésicule biliaire distendue et infectée.

Malheureusement si dans les interventions pour dilatations bronchiques les résultats sont loin d'être aussi bons, cela tient à ce que les lésions siègent le plus souvent sur une étendue trop considérable et qu'il faudrait faire de trop grands délabrements pour atteindre toutes les cavités. Remarquons toutefois qu'il y a presque toujours une cavité prédominante dont l'ouverture et le drainage provoquent une amélioration dans l'état général du malade. Il arrive même que lorsqu'on n'ouvre pas directement la cavité principale, les phénomènes de septicémie

s'amendent, probablement parce que les dilatations communiquent entre elles, et qu'il s'établit quand même un drainage, insuffisant il est vrai.

Nous avons trouvé dans la littérature 38 cas de bronchiectasies traités chirurgicalement (1). Ces 38 cas nous ont donné en bloc 28 guérisons et 10 morts opératoires.

La mort est due dans 4 cas à des lésions antérieures à l'opération, 3 fois par dégénérescence amyloïde (obs. 3, 16, 32) et une fois par abcès cérébral (obs. 9). 2 fois, le malade est mort de syncope par l'anesthésie (obs. 17 et 25). Dans un cas, la mort est survenue par hémorrhagie un quart d'heure après l'opération (obs. 36). Dans une autre observation (23), les adhérences pleurales manquaient. La pneumotomie pratiquée en un temps avec incision de la plèvre pariétale amena la production d'un pneumothorax qui rendit impossible une opération qui eût sans doute été efficace. Le malade mourut quelques heures après. (Nous avons insisté antérieurement sur ce point.) Dans un dernier cas, la bronchiectasie siégeait au sommet et c'est à la base qu'on fit l'incision (obs. 33).

D'un si petit nombre de faits, il n'est guère possible de tirer des conclusions fermes. Nous pouvons dire cependant que la pneumotomie ne donne pas dans les bronchiectasies des résultats opératoires aussi désastreux que tendent à le montrer quelques statistiques.

Si nous passons maintenant à l'étude des résultats éloignés nous voyons que sur nos 28 opérés restants, 14 peuvent être considérés comme guéris (obs. 10, 13, 14, 18, 19, 20, 24, 26, 27, 29, 31, 35, 37, 38). Des 14 malades restants, un seul n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention (obs. 34). Les 13 autres ont été considérablement améliorés (obs. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 22, 28, 30) et les complications auxquelles ils ont succombé auraient peut-être été évitées si l'intervention avait été plus hâtive.

(1) En plus de ces cas, il en existe quelques autres que nous n'avons pu analyser soit parce que les indications bibliographiques étaient inexactes, soit parce que les ouvrages n'étaient pas à la bibliothèque de la Faculté.

TABLEAUX

DE 38 OBSERVATIONS

DE DILATATION BRONCHIQUE

N ^{os}	INDICATIONS	SEXE	SYMPTOMES	OPÉRATION
	BIBLIOGRAPHIQUES	AGE		
1	Mosler et Hü- ter. <i>Berl. klin.</i> 49 ans. <i>Woch.</i> , 1873, p. 43.	H	Signes de dilatation bron- chique datant de 5 ans.	Incision sur le bord supérieur de la 3 ^e côte à 5 centimètres du bord droi- tu du sternum. Ouverture d'une ca- verne pulmonaire. Drainage.
2	W. Koch. <i>Deuts-</i> <i>chemed. Woch.</i> , 24 ans. 1882, p. 440.	H	Signes cavitaires dans le lobe inférieur droit. Début 4 ans.	Résection de la 6 ^e côte. Plèvre adhé- rente. Ouverture au thermo d'une cavité grosse comme un poing d'enfant située à 3 travers de doigt de la surface du poumon et dans la quelle s'ouvrent plusieurs grosses bronches. 2 ^e opération. Résection de la 8 ^e côte. Pas de grosse caverne. 3 ^e opération. Ouverture d'une grosse caverne entre la 8 ^e et la 9 ^e côte.
3	W. Koch. <i>Deuts-</i> <i>chemed. Woch.</i> , 29 ans. 1882, p. 441.	F	Signes de bronchiectasie de la base droite avec expectoration abondan- te (800 à 1000 cc. en 24 h.) et fétide. Début 4 ans.	Résection de 4 pouces de la 6 ^e côte. Incision du poumon au thermo. Ouverture d'une excavation du vo- lume du poing. Exploration du poumon dans cette cavité et ouver- ture d'une 2 ^e cavité du volum d'une tête d'enfant d'où il s'écoul un litre de liquide fétide. 3 drains
4	Mosler et Hü- ter. <i>Verhand-</i> <i>lung. der Con-</i> <i>gres. für inn.</i> <i>Med.</i> , t. II, p. 87, 1882.	H		Pneumotomie sans résection costale. Ouverture d'une cavité bronchiec- tasique. Drainage.
5	D. Powell et Lyell. <i>Lancet</i> , 49 ans. 1880, t. II, p. 12.	H	Bronchiectasie de la base droite. Début 8 mois.	Pneumotomie sans résection costale. Ponction du poumon au trocart. Écoulement de pus peu considéra- ble.
6	Williams et Marshall. 40 ans. <i>Lancet</i> , 1882, t. II, p. 1107.	H	Pneumonie chronique bi- latérale avec bronchiec- tasie à droite. Expecto- ration abondante et fé- tide. Début un an.	Incision des téguments verticale de la 4 ^e à la 6 ^e côte. Ponction du pou- mon au gros trocart. Issue d'air et de pus fétide. Débridement. Drainage.
7	Bull. <i>Nord. med.</i> <i>Arch.</i> , 1883, t. 25 ans. XV, p. 17.	H	Bronchite chronique gé- néralisée avec signes cavitaires de la base droite. Rétraction du thorax. Début 7 ans.	Incision du 7 ^e espace intercostal au thermo. Le poumon est dilacéré avec le doigt. Pas de cavernes de grande dimension. Issue de gaz fétide. Hémorrhagie. Tamponne- ment.

DATE de L'OPÉRATION	RÉSULTAT OPÉRATOIRE	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ	NÉCROPSIE
2 juillet 1874.	Guérison.	Amélioration temporaire. Mort 3 mois après, 5 octobre 1872.	Cavité bronchiectasique du lobe supérieur droit. Dégénérescen- ce amyloïde des viscères.
26 juin 1882.	Guérison.	Amélioration notable. Koch sup- pose néanmoins qu'il existe encore d'autres dilatations bron- chiques du côté droit.	
30 juin 1882.	Guérison.		
11 juillet 1882.	Guérison.		
15 juillet 1882.	Mort 7 jours après. 22 juillet 1882. Collapsus.		Phlébite de la veine porte. Dégé- nérescence amyloïde des viscè- res. Broncho-pneumonie du lobe inférieur gauche.
14 janv. 1875.	Guérison sans fistule. mars 1875.	Guérison maintenue 15 mois. Mort en mars 1876.	Tuberculose généralisée. Dégé- nérescence amyloïde des viscè- res.
11 sept. 1879.	Guérison.	Mort un mois 1/2 après, 30 oc- tobre 1879.	Cavités bronchiectasiques multi- ples à droite. Bronchio-pneu- monie et épanchement pleural à gauche.
22 mai 1882.	Guérison.	Amélioration passagère. Mort 5 juillet. Accidents cérébraux.	Adhérences totales de la plèvre droite. Fistule entre la 4 ^e et la 5 ^e côte. Dilatations bronchiques multiples de la partie antérieure du poumon. La plus grosse du volume d'une orange avait été ouverte. Pas d'autres dilatations bronchiques. Abscès de l'hé- misphère cérébral droit.
24 nov. 1882.	Guérison.	Aucune amélioration. Plusieurs ponctions exploratrices sans résultat. Mort un mois après.	Adhérences pleurales droites. Bronchiectasies multiples. Pas de grosse caverne. Pneumonie interstitielle. A gauche, pleu- résie et dilatation bronchique.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE AGE	SYMPTOMES	OPÉRATION
8	Kaczorowski. <i>Deut. med. Woch.</i> , 1883, t. IX, n. 29, p. 432.	F 11 ans.	Dilatation bronchique ou pleurésie purulente.	Pneumotomie. Résection de la 6 ^e côte. Ouverture d'une vaste cavité. Pleurésie purulente consécutive.
9	Biss et Marshall. <i>Med. Tim. and Gazette</i> , 1884, t. I, p. 747.	H 32 ans.	Bronchiectasie de la base droite. Examen bacillaire négatif. Début 6 mois.	Incision entre la 10 ^e et la 11 ^e côte. Ponction de la plèvre. Issue d'un liquide fétide sanguinolent. Drainage. Lavages au permanganate intolérables.
10	Lauenstein. <i>Centralblatt für Chirurg.</i> , 1884, p. 290.	H 37 ans.	Fièvre et crachats fétides abondants. Début plusieurs années.	Résection de 4 pouces de la paroi antérieure de la 11 ^e côte. Ponction du poudmon au trocart. Dilatation du trajet. Grande cavité à parois résistantes.
11	De Cérenville. <i>Rev. méd. de la Suisse romande</i> , 1885, t. V, p. 462, obs. I.	H 50 ans.	Excavation sacciforme du lobe inférieur droit. Ponction au gros trocart. Dilatation du trajet à la laminaire.	
12	De Cérenville. <i>id.</i> Obs. II.		Cavité de la base gauche. Début 4 ans.	Ponction au gros trocart. Dilatation à la laminaire.
13	Rochelt. <i>Wien. med. Press.</i> , 1886, p. 1264.	H 54 ans.	Bronchiectasie du lobe inférieur droit. Recherche des bacilles négative. Début 3 ans.	Opération en 2 temps. 1 ^o résection de la 6 ^e côte. 2 ^o Pneumotomie 48 heures après au thermo. Cavité du volume d'un œuf de poule. Drainage.
14	Williams et Godlee. <i>Brit. med. Journ.</i> , 1886, t. I, p. 590.	H 67 ans.	Bronchiectasie de la base gauche. Début 2 ans.	Incision au niveau du 8 ^e espace intercostal.
15	Williams et Godlee. <i>Med. Chir. trans.</i> , 1886, t. 69, p. 234.	F 21 ans.	Bronchiectasies multiples au niveau des 6 ^e et 7 ^e espaces intercostaux.	Résection d'un pouce de la 8 ^e côte. Ponction du poudmon. Drainage.
16	Benson in Godlee. <i>Lancet</i> , 1887, t. I, p. 716.	H 55 ans.	Signes cavitaires à gauche sur la ligne axillaire.	Incision dans le 10 ^e espace intercostal.

DATE de OPÉRATION	RÉSULTAT OPÉRATOIRE	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ	NÉCROPSIE
juin 1882.	Guérison.	Inconnu.	
	Mort 18 jours après. Accidents cérébraux.		Bronchiectasies multiples de la base droite dont la plus volu- mineuse avait été ouverte. Pou- mon gauche sain. 2 abcès du cerveau. Rien d'anormal dans les autres viscères. Pas de tu- berculose.
	Guérison.	Guérison. (D'après Quincke, ce malade serait mort 2 ans après d'hémoptysie).	
11 mars.	Guérison.	Mort 2 mois après, 20 mai. Manie. Refus d'alimentation.	Adhérences pleurales. Cavité an- fractueuse entourée de tissu sclérosé. Pas de tuberculose.
	Guérison.	Mort 9 semaines après. Trachéo- bronchite aiguë généralisée.	Excavation anfractueuse du lobe inférieur gauche. Pas de tu- berculose. Reins et foie sclé- reux.
	Guérison.	Guérison.	
26 février.	Guérison.	Guérison. Mort de syncope cardiaque un an après l'opération.	Dilatation bronchique guérie.
16 juillet.	Guérison.	Amélioration.	
	Mort 3 jours après.		Dilatations multiples en chapelet de tout le lobe inférieur gauche. Pas de grande cavité. Dégéné- rescence graisseuse du cœur. Foie muscade.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE AGE	SYMPTOMES	OPÉRATION
17	Godlee et Powell. <i>Lancet</i> , 1887, t. I, p. 716.	H 35 ans.	Début un an.	
18	Godlee. <i>Lancet</i> , 1887, t. I, p. 717.	F 29 ans.	Bronchiectasie limitée à la base gauche.	Résection de la 10 ^e côte. Ouverture d'une caverne bronchique. Drainage.
19	Stewart. <i>Brit. med. Journ.</i> , 1887, p. 179 et 1893, t. I, p. 1147.	H 27 ans.	Signes cavitaires au niveau de l'angle de l'omoplate gauche. Début 9 ans.	Incision. Résection costale. Ouverture d'une caverne pulmonaire. Contre-ouverture et drainage.
20	Hofmokl. <i>Soc. imp. roy. des méd. de Vienne</i> , 18 janv. 1888.	H 32 ans.	Cavité de la base droite.	Résection costale. Incision du poumon au thermo. Ouverture d'une cavité siégeant à 7 cent. de profondeur. Issue d'air. Pas de liquide.
21	Mosler et Vogt. in Hartwich. Th. de Greifswald, 1889.	H 13 ans.	Bronchiectasie de la base gauche.	Résection de la 3 ^e côte. Ouverture d'une caverne de la grosseur d'une pomme. Contre-ouverture entre la 9 ^e et la 10 ^e côte au niveau de laquelle on trouve une cavité contenant 1/2 litre de pus. Adhérences pleurales.
22	Mackey. <i>Brit. med. Journ.</i> , 1889, t. II, p. 660.	H 20 ans.	Signes cavitaires de la base droite. Début 4 ans.	Incision intercostale. Adhérences pleuro-pulmonaires. Ponction. Opération suspendue à cause d'accès de toux. 8 jours après, incision du poumon. Ouverture d'une cavité remplie de pus.
23	Krecke. <i>Munch. med. Woch.</i> , 1891, p. 399.	H 48 ans.	Dilatation bronchique de la base gauche. Début plusieurs années.	Ponction exploratrice, issue de pus. Résection costale. Incision. F. d'adhérences pleurales. Pneumothorax rendant l'examen du poumon impossible.
24	Laache. <i>N. Mag. for Læger</i> , 1891, n° 4, in Quinke , loc. citato, p. 44, obs. n° 7.	H 17 ans.	Bronchiectasie sacciforme. Signes cavitaires. Début 6 ans.	Ponction exploratrice. Résection 5 cent. de la 8 ^e côte sur la ligne angulaire. Pas d'adhérences pleurales. Suture du poumon aux lèvres de la plaie. 8 jours plus tard ouverture de la cavité au thermo.
25	S. Coupland. <i>Lancet</i> , 1892, t. II, p. 869.	F 18 ans.	Cavités de la base gauche. Pas de bacilles. Début 2 ans.	Opération par Pearce Gould. 2 ponctions exploratrices au-dessus et au-dessous de la 8 ^e côte (10 mai). 17 mai, tuméfaction diffuse au niveau de la ponction. Incision. Ouverture d'une cavité pulmonaire. Résection de la 8 ^e côte.

DATE de OPÉRATION	RÉSULTAT OPÉATOIRE	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ	NÉCROPSIE
sept. 1885.	Mort syncope chloroformique au début de l'opération.	.	Dilatation bronchique bilatérale généralisée.
février 1886.	Guérison.	N'a pas été revue après sa sortie de l'hôpital.	
3 avril 1887.	Guérison.	Guérison.	
	Guérison.	Guérison.	
3 déc. 1882.	Mort 7 jours après.		Pas d'autopsie.
26 avril 1889.	Guérison.	Mort 6 semaines après (1 ^{er} juin 1889).	Cavités multiples remplissant tout le lobe inférieur droit. Foyer de gangrène pulmonaire dans le lobe inférieur gauche mais pas de dilatation bronchique de ce côté.
	Mort quelques heures après.		Cavités bronchiectasiques multiples. Grosse cavité dans le lobe inférieur gauche.
	Amélioration.	Persistance d'une fistule. L'expectoration tombe de 900 à 100°. Mort 9 mois après de méningite (abcès du cerveau).	
18 mai.	Mort par syncope chloroformique.		Dilatations saculaires des bronches dans le lobe inférieur gauche. Autre dilatation bronchique du lobe supérieur gauche et du poumon droit.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE AGE	SYMPTOMES	OPÉRATION
26	Hofmohl. <i>Wien. med. Press.</i> , 1893, 30 avril.	H 43 ans.	Signes cavitaires au sommet droit.	Incision au thermo dans le 2 ^e espace intercostal. Issue de pus. Drainage.
27	Walther. <i>Cong. de chirurgie</i> , 1895, p. 101.	F 26 ans.	Bronchite chronique avec dilatation bronchique généralisée à tout le poumon gauche. Pleurésie purulente enkystée à la partie inférieure de la plèvre gauche probablement consécutive à un point de gangrène pulmonaire avec fistule pleuro-bronchique.	Résection des 7 ^e et 8 ^e côtes en arrière. Adhérences pleurales. Résection très large des 8 ^e et 9 ^e côtes. Ouverture d'une énorme cavité. Taponnement avec de la gaze et éponges.
28	Reclus. <i>Clin. chir. de la Pitié</i> , 1894, p. 39 et <i>Cong. de chirurgie</i> , 1895, p. 62.	H 50 ans.		Incision au niveau du 3 ^e espace intercostal. Résection de 6 cent. la 3 ^e côte.
29	Quincke. <i>Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie</i> , 1 ^{er} Bd, 1 ^{er} t., 1895, p. 15, obs. 2.	H 25 ans.	Bronchiectasies multiples, signes cavitaires à gauche en arrière et en bas. Expectoration 150 à 200 c. c. Début 2 mois.	Incision dans le 8 ^e espace intercostal. 3 applications de pâte de chlorure de zinc. 18 jours après résection des 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e côtes. Application de pâte de chlorure de zinc. 4 jours après, ponction exploratrice, pus, incision au thermo.
30	Quincke. <i>loc. cit.</i> , p. 17, obs. 3.	H 34 ans.	Bronchiectasies multiples de la base gauche. Rétraction du thorax. Pas de signes cavitaires, pas de bacilles. Début plusieurs années.	Incision dans le 8 ^e et le 9 ^e espace intercostal. Application de pâte de chlorure de zinc. Résection des 9 ^e et 10 ^e côtes. Incision de la base au thermo, chlorure de zinc, le poumon.
31	Quincke. <i>loc. cit.</i> , p. 18, obs. 4.	H 36 ans.	Bronchiectasies de la base gauche consécutives à une bronchite chronique. Début 12 ans.	Résection de la 9 ^e côte. Application de chlorure de zinc. Résection consécutive de la 10 ^e côte.
32	Quincke. <i>loc. cit.</i> , p. 27, obs. 7.	H 66 ans.	Bronchiectasies multiples bilatérales avec dilatation sacculaire de la base gauche. Signes cavitaires. Début 4 ans.	Résection de 7 cent. de la 9 ^e côte. Ponction exploratrice sans résultat. Pas d'adhérences pleurales.

DATE de OPÉRATION	RÉSULTAT OPÉRATOIRE	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ	NÉCROPSIE
10 janv. 1893.	Guérison.	Guérison.	
9 mai 1894.	Guérison.	Guérison sans fistule.	
	Guérison.	Amélioration. Fistule persistante et accidents de rétention. Opération d'Est- lander 2 mois après. Mort pen- dant l'anesthésie chloroformi- que.	
juin 1891.	Guérison.	Guérison. Le malade sort en août 1891 et reprend son travail.	
janvier 1895.	Guérison.	Amélioration (fistule).	
avril 1892.	Guérison.	Guérison. Mort 2 ans après.	Pas d'autopsie.
octobre 1891.	Mort, collapsus avant l'inci- sion de la ca- verne.		Dégénérescence amyloïde des viscères.

N ^{os}	INDICATIONS	SEXE	SYMPTOMES	OPÉRATION
	BIBLIOGRAPHIQUES	AGE		
33	Quincke. <i>loc.</i> <i>cit.</i> , p. 32, obs. 8.	F 42 ans.	Bronchiectasie de la base gauche, sacciforme et cylindrique. Pas de signes cavitaires.	5 applications de pâte de chlorure de zinc en 9 jours. Résection de la 10 ^e côte, incision au thermo.
34	Quincke. <i>loc.</i> <i>cit.</i> , p. 34, obs. 9.	H 12 ans.	Bronchiectasies cylindriques multiples de tout le poumon droit. Pas de signes cavitaires. Début 3 ans 1/2.	Résection des 2 ^e , 3 ^e , 8 ^e et 9 ^e côte. Ponction exploratrice.
35	Quincke. <i>loc.</i> <i>cit.</i> , p. 35, obs. 10.	H 18 ans.	Bronchiectasies sacciformes de la base droite consécutives à une pneumonie. Signes cavitaires. Début 5 ans.	Incision. Application de pâte de chlorure de zinc. Résection de la 10 ^e côte. Incision de la 11 ^e côte. Drainage.
36	Quincke. <i>loc.</i> <i>cit.</i> , p. 37, obs. 11.	H 31 ans.	Bronchiectasies sacciformes de la base gauche. Pas de signes cavitaires. Début 9 ans.	3 applications de pâte de chlorure de zinc. Résection des 8 ^e , 9 ^e et 10 ^e côtes. Adhérences pleurales.
37	Quincke. <i>loc.</i> <i>cit.</i> , p. 41, obs. 12.	H 49 ans.	Bronchiectasies cylindriques de la base gauche.	Application de pâte de chlorure de zinc 4 semaines après, résection de 4 cent. de la 10 ^e côte. Pas de cavité, ouverture d'une bronche.
38	Pierre Delbet. Observation inédite.	F 45 ans.	Bronchiectasies de la base gauche. Expectoration atteignant jusqu'à 1 l. 1/2.	Résection de 5 cent. de la 7 ^e côte. Ouverture d'une cavité grosse comme une noix entourée d'autres petites cavités siégeant à 5 à 6 cent. de profondeur. Issue de pus fétide. Drainage.

DATE de L'OPÉRATION	RÉSULTAT OPÉRATOIRE	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ	NÉCROPSIE
mars 1894.	Mort 4 jours après de col- lapsus.		Au siège de l'opération, sclérose ancienne avec petites ectasies. Grosse caverne au sommet gauche.
mai 1894.	Guérison.	Pas d'amélioration.	
mai 1890.	Guérison.	Guérison avec fistule.	Mort en juillet 1891 à la suite d'une hémoptysie. Pas d'au- topsie (ce malade était atteint de cardiopathie mitrale).
mai 1894.	Mort un mois après (16 juin)		Mort hémorragie.
décembre 1891	Guérison.	Amélioration (quitte l'hôpital 3 mois après).	
mars 1892.	Guérison.	Guérison. Mort 20 mois après abcès du cerveau.	Pas d'autopsie.

Conclusions.

I. — L'anatomie pathologique distingue 3 variétés de dilatations bronchiques :

- 1° Les dilatations cylindriques ;
- 2° Les dilatations ampullaires ou sacciformes ;
- 3° Les dilatations moniliformes.

De ces trois variétés, la première est restée jusqu'ici au-dessus des ressources de la chirurgie.

La seconde est celle qui bénéficie le plus de l'intervention chirurgicale: Mais la pneumotomie trouve également ses indications dans les cas de dilatations moniliformes (localisations de signes cavitaires avec accidents de rétention, mauvais état général).

II. — Dans l'impossibilité où nous nous trouvons actuellement, de faire le diagnostic absolument précis du siège de la lésion, une incision large avec résection costale nous paraît indispensable pour permettre d'atteindre un foyer quelquefois très profondément situé et pour assurer le drainage.

III. — Dans la grande majorité des cas, il existe des adhérences pleurales (35/38), mais dans le cas où elles manquent, la plupart des auteurs considérant le pneumothorax comme un accident redoutable, il importe, pour remédier à cette absence d'adhérences au niveau de l'incision, de les créer artificiellement (*sutures*) ou de les rechercher (*exploration par décollement extra-pleural*).

IV. — La question de la pneumotomie pour bronchiectasies

reste encore à l'étude, les observations sont encore trop peu nombreuses et souvent trop peu précises et dans bien des cas l'intervention a été trop tardive et beaucoup d'opérés sont morts de lésions viscérales préexistantes (5/10).

V. — Étant donné l'inefficacité reconnue (Dieulafoy) du traitement médical d'une part, et d'autre part les succès que compte déjà à son actif la pneumotomie pratiquée dans de bonnes conditions, il nous semble que certaines dilatations bronchiques pourront, si l'opération n'est pas trop tardive, bénéficier dans une large mesure de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — MOSLER et HUTER, *Berl. klin. Woch.*, 1873, n° 43.

Homme de 49 ans, peintre, traité depuis 5 ans pour une caverne bronchiectasique. A eu plusieurs hémoptysies. Malade très amaigri, fièvre, en outre grande quantité d'albumine par suite de dégénérescence amyloïde du rein. Auparavant on lui avait fait des injections au permanganate qui avaient été très bien supportées et qui avaient modifié favorablement la sécrétion.

Opération le 2 juillet 1872. — Incision de 3 centimètres sur le bord supérieur de la 3^e côte à 5 cm. $\frac{1}{2}$ du bord droit du sternum. Incision au bistouri de la peau et des muscles intercostaux. Ensuite on ne se sert plus que de la pince.

On arrive sur une caverne. Sifflement à l'inspiration, sortie de pus.

Pas d'hémorrhagie. Introduction dans la plaie d'un tube en argent par lequel s'écoule du pus. Hémoptysie le 12 juillet.

On introduit par la canule une solution de perchlorure de fer qui arrête l'hémoptysie.

Ensuite on fait deux fois par jour des lavages à l'acide phénique et à la teinture d'iode (solution faible).

Les injections au permanganate paraissent être moins bien supportées.

L'état général du malade ne s'améliore pas. Les forces diminuent, l'albumine augmente dans les urines. L'état reste stationnaire jusqu'au 1^{er} octobre. Pas de fièvre. Le pus s'écoule en abondance par la canule.

Le 3 octobre l'état s'aggrave, le cœur faiblit, tendance au collapsus, température 36°6. Pouls à peine perceptible. Dyspnée.

Le lendemain râles dans tout le poumon gauche et le 5 octobre à 5 h. $\frac{1}{2}$ le malade meurt.

AUTOPSIE. — Dans tout le poumon droit surtout au-dessus de la 3^e côte, adhérences nombreuses avec la plèvre pariétale qui est considérablement épaissie. A la partie antérieure du lobe supérieur, fistule correspondant à la canule qui conduit dans une cavité occupant une grande partie du lobe supérieur. Celle-ci est remplie d'un liquide jaunâtre et crémeux.

D'AZINCOURT

Poumon gauche adhérent au sommet. Rate et rein présentent une dégénérescence amyloïde nette. Rien au cœur.

OBS. 2. — W. KOCH, *Deutsch. med. Woch.*, 1882, n° 32, p. 440.

Homme de 24 ans. A l'âge de 7 ans a eu une arthrite fongueuse du genou droit. Entre 9 et 12 ans affection pulmonaire, nouveaux accidents de même ordre pendant l'année 1879-80.

C'est de cette affection que datent la dyspnée, la maigreur, la perte d'appétit et les sueurs abondantes. Depuis 1878 des crachats fétides, 400 cc. par jour en moyenne.

L'examen physique donne les signes d'induration pulmonaire, à droite et d'une cavité dans le lobe inférieur, tandis que le lobe supérieur paraît être atteint d'un simple catarrhe. Les crachats sont formés par les 3 couches classiques.

Le traitement médical ne modifie en rien la quantité ni la putridité de l'expectoration.

On fait à 2 reprises la ponction de l'exsudat pleurétique.

Opération le 26 juin 1882. — Résection d'une partie de la 6^e côte après s'être assuré de l'adhérence des feuilletts de la plèvre.

On pousse le thermo-cautère à travers le tissu pulmonaire vers le médiastin.

On ouvre une caverne grosse comme un poing d'enfant, où on voit nettement aboutir plusieurs grosses bronches. Cette caverne se trouve à 3 travers de doigt de la surface pulmonaire.

Après l'opération, la réaction fut peu sensible. La quantité de crachats tombe de 400 à 120 centimètres cubes par jour.

2^e opération le 30 juin qui fait découvrir la caverne qui donne encore les 120 centimètres cubes de crachats. Après résection de la 8^e côte, avec le thermo on fait une fistule longue de 14 centimètres à travers le lobe inférieur. Plusieurs petites bronchiectasies sont détruites, mais on ne trouve aucune grande caverne, quoique 2 ponctions avec la seringue de Pravaz donnent du pus fétide.

Le 11 juillet, la découverte de ce foyer a été faite à la suite d'une incision entre la 8^e et la 9^e côte au-dessous et en dedans de l'angle de l'omoplate. Une solution de thymol injectée dans cet endroit, passe dans les bronches et est immédiatement rendue avec des crachats gangréneux.

Cette 3^e opération ne fait pas complètement disparaître l'expectoration. On suppose qu'il existe d'autres cavernes dans le lobe inférieur droit qu'on se propose de détruire dès que la ponction indiquera leur siège.

L'état du malade est maintenant assez satisfaisant.

OBS. 3. — W. KOCH, *Deutsch. med. Woch.*, 1882, n° 32, p. 441.

Femme de 29 ans. Plusieurs pneumonies de 2 à 7 ans. Typhus vers 15 ans. En 1878, aurait été atteinte d'une néphrite avec ictère. Depuis cette époque, expectoration abondante et fétide.

Entrée à l'hôpital le 13 juillet 1882. Amaigrissement, anorexie complète, dyspnée, ictère intense, expectoration fétide atteignant de 800 à 1000 centimètres cubes par jour.

A droite et en arrière, matité à partir de la 5^e côte et au-dessous ; en avant, matité s'étendant de la 5^e à la 7^e côte. Respiration bruyante, amphorique avec retentissement métallique.

Opération le 15 juillet 1882. — Résection de 4 pouces de la 6^e côte à droite. Le thermo-cautère enfoncé dans le poumon sur la ligne axillaire pénètre dans une cavité du volume du poing renfermant de nombreux tractus fibreux dans son intérieur. Sa paroi inférieure repose sur le diaphragme. On détruit au thermo-cautère toutes les brides intérieures. Des ponctions exploratrices en haut et en arrière donnent issue à des produits fétides. Suivant au thermo-cautère la direction des ponctions exploratrices, on arrive dans une immense cavité du volume de la tête d'un enfant.

Issue d'un litre environ de matières putrides.

Drainage à l'aide de 3 gros drains. Lavages au thymol.

L'expectoration disparaît aussitôt, mais peu après l'opération, la malade tombe dans le collapsus qui persiste jusqu'au 22 juillet, jour de la mort.

AUTOPSIE. — Granulations bourgeonnantes sur le trajet du thermo-cautère. Phlébite de la veine porte. Broncho-pneumonie dans le lobe inférieur gauche autour d'un corps étranger. Signes de septicémie chronique antérieurs à l'opération. Dégénérescence amyloïde des viscères.

OBS. 4. — MOSLER et HUTER, *Verhand. d. Cong. f. innere Med.*, 1882, t. II, p. 87.

Opération le 14 janvier 1875 avec le Dr Hüter d'un malade atteint d'une grande caverne bronchiectasique. Incision au bistouri de la peau et des muscles. Ensuite on emploie la pince à pansement. On ouvre la paroi antérieure de la caverne. Le contenu se vide. On place une canule qui permet d'introduire des liquides et de faire des pulvérisations. Des granulations comblent la cavité. On raccourcit la canule et on finit par la retirer. La plaie se cicatrise complètement. Le tympanisme et les râles disparaissent. La paroi thoracique se rétracte. La percussion n'est pas douloureuse. La matité du cœur est augmentée par suite de la rétraction du poumon.

Les forces et le poids augmentent et vers la fin de mars le malade quitte l'hôpital et reprend son travail.

Malheureusement au bout de 8 mois, les phénomènes reparaissent. Perte d'appétit, de sommeil, le malade rentre à l'hôpital.

Dans la région sus et sous-claviculaire gauche on constate de nouveau du son tympanique, une respiration amphorique, des râles métalliques.

Au sommet droit, submatité, râles.

Les crachats sont abondants et purulents, la toux pénible. Perte d'appétit, albuminurie, fièvre, hydropisie. Mort le 23 mars 1876.

AUTOPSIE. — Tuberculose généralisée avec dégénérescence amyloïde des différents organes.

OBS. 5. — D. POWELL et LYELL, *Lancet*, 1880, t. II, p. 12.

Homme de 49 ans. Bonne santé habituelle, excès alcooliques.

Bronchite en décembre 1878. Pleuro-pneumonie avec crachats fétides en février 1879. Amélioration puis rechute en juillet. En août, il entre à Middlesex-Hospital dans le service du Dr Powell.

A ce moment, on constate une excavation centrale du lobe inférieur droit. Les signes cavitaires sont surtout marqués au niveau de la 7^e côte, en dedans du bord spinal de l'omoplate. Diarrhée, anorexie, fièvre hectique. Expectoration muco-purulente atteignant une pinte par jour.

Opération le 11 septembre par le Dr Lyell. — Incision au bistouri jusqu'à la plèvre intercostale au niveau du 8^e espace intercostal. Puis il enfonce un trocart moyen, agrandit l'ouverture et introduit un large tube à drainage.

Pas d'hémorrhagie sérieuse, écoulement liquide insignifiant. Pansement phéniqué.

La toux et l'expectoration cessent entièrement.

Pansements quotidiens et lavages avec solution désinfectante.

L'écoulement se fait mal et, le 2 octobre, la fétidité reparaît.

Les jours suivants l'orifice se rétrécit et on doit l'agrandir pour réintroduire le drain.

Vers la fin du mois, la fétidité est très marquée. Le malade s'affaiblit beaucoup. Il survient une broncho-pneumonie gauche qui amène la mort le 31 octobre, 50 jours après l'opération.

AUTOPSIE. — Plusieurs cavités communiquant entre elles dans le lobe inférieur du poumon droit. Ce lobe est adhérent et le tube à drainage passant à travers le 8^e espace intercostal pénètre dans une cavité rétrécie en communication avec les bronches. Le reste du tissu pulmonaire est transformé en tissu fibreux entourant les dilatations bronchiques.

Broncho-pneumonie avec épanchement à gauche.

Le reste du poumon est emphysémateux.

OBS. 6. — WILLIAMS et MARSHALL, *Lancet*, 1882, t. II, p. 1107.

Homme de 40 ans. Début un an. Expectoration abondante et fétide ne contenant pas de débris pulmonaires sphacelés.

Signes physiques. — Bronchite chronique bilatérale avec bronchiectasie étendue à droite et adhérences pleurales.

Opération par Marshall le 22 mai 1882. — Incision verticale de la 4^e à la 6^e côte jusqu'aux muscles intercostaux. Ponction au gros trocart, issue d'air et de pus fétide. L'incision est agrandie. Drainage. Amélioration notable, mais le 12 juin la fétidité reparait; le 1^{er} juillet, hémiplégie. Mort le 5 juillet.

AUTOPSIE. — Adhérences totales de la plèvre. Fistule entre la 4^e et la 5^e côte. Dilatations bronchiques multiples dans la partie antérieure du poumon dont la plus grosse, du volume d'une orange, avait été ouverte.

Le reste du poumon droit est en partie sain.

Le poumon gauche est absolument indemne de bronchiectasies.

Abcès de l'hémisphère cérébral droit.

OBS. 7. — BULL, *Nord. med. arkiv.*, 1883, t. XV, p. 17.

Homme de 25 ans. Toux intermittente et affection pulmonaire depuis 7 ans. Il y a 20 mois, pleurésie sèche à droite. Depuis 9 mois, toux considérable, expectoration abondante.

Entrée à l'hôpital, le 22 novembre 1882. Rétraction du côté droit de la poitrine dont la partie inférieure ne participe pas aux mouvements respiratoires. Bronchite diffuse, frottements pleuraux à la base gauche. A droite, en arrière, au-dessous de l'angle de l'omoplate, matité, silence respiratoire, absence de vibrations. Une ponction exploratrice pratiquée dans cette région donne issue à du liquide séropurulent. Fièvre légère, albumine dans les urines.

24 novembre. — Après expectoration de 200 centimètres cubes environ de liquide fétide, on constate au-dessous de l'angle de l'omoplate une sonorité tympanique, du souffle caverneux et de gros râles.

Diagnostic. — Bronchiectasies multiples, grande caverne, pneumonie interstitielle et adhérences pleurales à la base droite.

Opération le 24 novembre. — Chloroformisation. Incision du 9^e espace intercostal droit en dehors de la ligne angulaire. On pénètre dans le poumon à l'aide du thermo-cautère et du doigt, mais on ne trouve pas de grande caverne. Issue de gaz fétide et hémorrhagie par la plaie. Tamponnement. Le soir on enlève le tampon et on place un drain. La fistule a 8 centimètres de profondeur.

Pas d'amélioration générale, pas de diminution des crachats. Les signes stéthoscopiques restent les mêmes.

Plusieurs ponctions exploratrices, faites en diverses directions, ne donnent aucun résultat.

Les jours suivants, écoulement séro-purulent continu par la fistule.

Vers le milieu de décembre, œdème des pieds, thrombose du membre inférieur droit. Collapsus. Mort le 22.

AUTOPSIE. — A gauche, pleurésie et bronchiectasies, emphysème et infiltration légère.

A droite, adhérences pleurales ; fausses membranes récentes et peu solides en avant à l'union des lobes inférieur et moyen. La fistule conduit à travers un petit canal jusque dans une bronche dilatée. Il existe en ce point à la base du poumon plusieurs bronchiectasies réticulées mais pas de grande caverne.

Pneumonie interstitielle. Pas de dégénérescence amyloïde des viscéres.

OBS. 8. — KACZOROWSKY, *Deutsch. med. Woch.*, 1883, t. IX, p. 432.

Jeune fille, 11 ans, se plaint d'un point de côté depuis 2 mois avant son entrée à l'hôpital.

Entrée à l'hôpital le 2 juin 1882. Fièvre, crachats fétides teintés de sang. L'affection est nettement localisée au poumon gauche.

Diagnostic. — Dilatation bronchique ou empyème vidé dans les bronches.

Opération le 9 juin 1882. — Incision et résection de la 6^e côte. Le doigt pénètre dans une vaste cavité. Drainage. Lavages salicylés. La malade s'améliore rapidement. La fétidité des crachats très grande jusqu'alors disparaît complètement 15 jours après l'opération, la fièvre tombe. A ce moment la malade veut retourner chez elle et revient se faire panser à l'hôpital.

Au cours du traitement, la fistule se ferme avant guérison complète de la caverne. Le drain tombe dans la plaie et détermine une pleurésie purulente qui est traitée par la ponction. Les parents de l'enfant ne permirent pas d'ouvrir de nouveau la caverne. Malgré cela, l'état général s'améliore et la malade quitte l'hôpital.

On ne l'a pas revue.

OBS. 9. — BISS et MARSHALL, *Med. Tim. and. Gazette*, 1884, t. I, p. 747.

Homme de 32 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni d'affection pulmonaire antérieure. Toux et expectoration profuse il y a 6 mois avec quelques hémoptysies intermittentes.

A son entrée, on constate à la base pulmonaire droite de la matité

remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate avec silence respiratoire et abolition des vibrations. Jamais de bacilles dans les crachats.

Diagnostic. — Epanchement pleural et abcès de la base du poumon droit.

Une 1^{re} ponction exploratrice reste sans effet.

Quelques frottements au niveau de la région mate, respiration carverneuse, retentissement de la voix, fièvre hectique, 15 jours plus tard, nouvelle ponction exploratrice sans résultat. Il semble cependant qu'il existe des adhérences pleurales en ce point.

Le mauvais état général persistant, Marshall fait une incision de 2 doigts entre la 10^e et la 11^e côte et met la plèvre à nu.

Une ponction au trocart à 4 centimètres de profondeur donne issue à des bouffées d'air fétide et à du liquide sanguinolent.

Tamponnement provisoire de la cavité.

Le lendemain, drainage.

Les jours suivants, écoulement abondant de pus. Le malade ne peut supporter les lavages au permanganate. Amélioration considérable.

Au bout de 10 jours, des phénomènes cérébraux se manifestent et un peu plus d'une semaine après, le malade meurt.

AUTOPSIE. — Cavités bronchiectasiques nombreuses, le drain est dans la principale. Le poumon droit très rétracté est envahi par du tissu fibreux.

Poumon gauche sain.

2 abcès cérébraux.

Les autres organes sont sains.

OBS. 10. — LAUENSTEIN, *Centr. f. Chir.*, 1884, p. 290.

Homme de 37 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Tousse depuis 1 an 1/2.

Entrée le 6 mars 1883. Percussion. Tympanisme de tout le sommet droit en avant et en arrière jusqu'à la 3^e côte. Auscultation. Souffle amphorique et tintement métallique de la même région. Râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine. Partout respiration rude, expiration prolongée. L'haleine est très fétide. Expectoration abondante (300 cc. en 24 h.). Pas de bacilles. La température oscille entre 39 et 40°.

Diagnostic. — Une ou plusieurs cavernes du sommet droit.

Dès son entrée on fait suivre au malade un traitement interne. Aucune amélioration.

10 mars. — Ponction exploratrice dans le 2^e espace intercostal droit. Insuccès par suite de l'obstruction de la canule.

11 mars. — Nouvelle ponction au même endroit avec l'aspirateur Dieulafoy qui donne un peu de liquide.

Opération le 12 mars. — Chloroforme. Incision de 7 à 8 centimètres au niveau de la 2^e côte. Résection de 3 cm. 1/2 de cette côte. Un trocart plongé en haut et en arrière ne donne issue à aucun liquide. On introduit alors une pince à pansement puis le doigt. On arrive dans une cavité circonscrite par un tissu dense et traversée par un tractus fibreux. Lavage à l'acide salicylique. Drainage. Pansement de Lister.

Avant l'opération on s'était assuré de l'adhérence des plèvres au moyen de l'aiguille exploratrice qui n'avait subi aucune oscillation aux mouvements respiratoires.

14 mars. — Expectoration diminuée de moitié.

Les jours suivants on fait de grands lavages salicylés qui entraînent beaucoup de liquide purulent et fétide mais provoquent la toux. Un mois plus tard on enlève le drain.

28 avril. — La plaie est cicatrisée. Le malade sort en bonne santé.

Il rentre à l'hôpital au commencement d'octobre, la cicatrice s'ouvre et il sort une assez grande quantité de pus.

Le 30 octobre la fistule se ferme et le malade va de mieux en mieux. Il sort le 15 novembre.

Revu un an après, 15 mars 1884, le malade se porte bien et a repris son travail. L'expectoration est modérée, sans odeur, la cicatrice est solide.

OBS. 11. — DE CÉRENVILLE, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1885, t. V, p. 462 (obs. I).

Homme de 50 ans. Bronchiectasie, excavation sacciforme occupant la région inférieure latérale droite. Ponction avec un gros trocart. Dilatation avec une tige de laminaire. Profondeur du canal de ponction, 7 centimètres. Lavages avec solution phéniquée faible, puis astringente. Accès de toux à chaque lavage.

Résultat : Diminution considérable de l'expectoration, puis de la fétidité. Diminution des signes amphoriques. Opéré le 11 mars. Mort le 20 mai d'inanition voulue, maniaque, tentative de suicide.

AUTOPSIE. — Plèvre complètement adhérente. Cavité anfractueuse de 5 centimètres de diamètre entourée d'un tissu sclérosé. Muqueuse mamelonnée. Pas de tuberculose.

OBS. 12. — DE CÉRENVILLE, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1885, t. V, p. 463 (obs. II).

Dilatation bronchique résultant d'une pneumonie scléreuse datant de 4 ans.

Signes cavitaires au maximum au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche. Expectoration massive très fétide. Dyspnée, consommation.

Ponction au gros trocart et dilatation à la laminaire. Canal de 6 centimètres. Expulsion d'une grande quantité de masses caséuses très fétides. Lavages phéniqués, nitrate.

Résultat remarquable. Le pus devient crémeux et sans odeur, puis diminue beaucoup. Rétraction du thorax dans la région de l'excavation. Diminution des signes amphoriques et réduction de l'excavation. Relèvement de la nutrition générale et chute de la fièvre.

Mort 9 semaines après l'opération de trachéo-bronchite aiguë généralisée.

AUTOPSIE. — Sclérose du lobe inférieur gauche. Le centre du lobe est occupé par l'excavation anfractueuse. Pas de tubercules. Dans le lobe supérieur, infiltration caséuse lobulaire.

Sclérose du rein, du foie et de la rate.

OBS. 13. — ROCHELT, *Wien. med. Pres.*, 1886, p. 1264.

Homme de 54 ans. Bronchite chronique ancienne. Pas de bacilles. Cavité du lobe inférieur droit. En mars 1883, pleurésie droite avec fièvre vive.

Après avoir pratiqué une ponction et ramené du pus, on fait la thoracotomie, résection de la 6^e côte. 2 jours plus tard, exploration de la plèvre. On trouve un point fluctuant dans le poumon. Ouverture de la poche pulmonaire au thermo-cautère. L'introduction du doigt permet de sentir les limites de cette cavité qui est grosse comme un œuf de poule. Ecoulement de pus abondant. Drainage.

Dans les premiers jours on fait des lavages d'eau boricuée mais on est bientôt obligé de les suspendre à cause de violents accès de toux qu'ils provoquent, et on se contente de bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée.

Les jours suivants, la toux diminue.

Guérison au bout de 5 semaines.

OBS. 14. — WILLIAMS et GODLEE, *Brit. med. Journ.*, 1886, t. I, p. 590.

Homme âgé de 67 ans, souffrait depuis 2 ans de bronchite chronique et d'emphysème et qui depuis 6 mois avait une pleurésie sèche du côté gauche. Après la pleurésie, l'expectoration d'abord modérée devint profuse et quelquefois fétide, la toux de plus en plus fatigante. Un traitement antiseptique varié n'amena aucune amélioration. Le 26 février 1886 il fut vu par le Dr Williams qui diagnostiqua une bronchiectasie dans le lobe inférieur du poumon gauche. La plèvre était adhérente. Dans le 8^e espace on entendit 2 petits foyers de gargouillement et de souffle tubaire. M. Godlee fit une ponction aspiratrice au trocart au niveau du 1^{er} foyer. Drainage. Immédiatement, la toux cessa rapi-

dement, l'expectoration diminua sensiblement et devint exempte d'odeur. Le malade revint rapidement à la santé. Au bout de 6 semaines, l'écoulement cessa, la fistule s'oblitéra.

L'examen de la région montre que le souffle tubaire a disparu au niveau du second foyer ainsi que du premier.

4 mois plus tard, cessation de toute expectoration et le malade peut faire de longues courses à pied. Mort d'une syncope cardiaque un an après.

OBS. 15. — WILLIAMS et R. GODLEE, *Med. chir. trans.*, 1886, t. 69, p. 324.

Jeune fille de 21 ans, qui depuis une attaque de fièvre typhoïde toussait de plus en plus avec expectoration fétide. 3 hémoptysies dont une atteignant une pinte.

L'examen de la région malade démontre l'existence de plusieurs bronchiectasies avec râles limités aux 6^e et 7^e espaces intercostaux. On entend un 3^e foyer dans le 8^e espace près de l'angle de l'omoplate. Tout d'abord, sous l'influence d'un traitement antiseptique, diminution de l'expectoration puis de la fétidité. Mais bientôt l'état redevint le même que précédemment et on décida de faire une intervention.

Le 29 juin, Godlee à la demande de Williams fit une ponction exploratrice dans chacun des trois foyers diagnostiqués précédemment. N'obtenant aucun résultat, il introduisit un large trocart aspirateur dans le 6^e espace à l'endroit où il avait fait une ponction. Aucun résultat.

16 juillet, 2^e opération. — Après ponction, incision de la paroi thoracique et résection d'un pouce de la 8^e côte. On enfonce dans le poumon à 5 centimètres de profondeur un trocart puis une sonde cannelée. Débridement sur la sonde cannelée et drainage.

La plaie guérit progressivement et la malade quitta l'hôpital au commencement de septembre, considérablement améliorée.

OBS. 16. — GODLEE et BENSON, *Lancet*, t. I, 1887, p. 716.

Homme de 55 ans. 25 ans auparavant, pleurésie purulente à la suite de laquelle il se produisit un empyème qui s'ouvrit spontanément dans le 10^e espace intercostal. Guérison en 4 semaines.

Depuis cette époque, touse surtout au printemps. Depuis les dernières années, affaiblissement du malade. Expectoration purulente abondante semblant venir d'une caverne. Amaigrissement très marqué. Pas d'albuminurie.

Rétraction du côté gauche de la poitrine avec râles crépitants. Signes cavitaires du même côté sur la ligne axillaire. Au même ni-

veau, souffle amphorique, égophonie assez marquée et pectoriloquie aphone.

A droite, sonorité normale avec quelques râles sibilants.

Cœur dévié à droite, sans lésions appréciables, bien qu'antérieurement on ait cru entendre un bruit de souffle au niveau de l'orifice tricuspidé.

Incision dans le 10^e espace intercostal. Issue d'un peu de pus.

Diagnostic. — Bronchiectasies de tout le lobe inférieur gauche mais probablement sans cavité distincte.

Dans un cas de ce genre, l'opération avait peu de chance de réussite non seulement à cause de l'état du poumon mais encore à cause de l'état général du malade. On fit cependant une ponction à une profondeur de 2 doigts avec le trocart au point où l'on entendait le plus nettement le souffle amphorique (8^e espace gauche). On ne trouve pas de cavité. Pas d'hémoptysie. Mort 3 jours après.

AUTOPSIE. — Emphysème d'une partie du poumon gauche. Adhérences anciennes de ce côté. Dilatations en chapelet de toute la partie inférieure des bronches. Pas de cavités. Les bronches sont remplies de muco-pus mêlé de sang.

Foie muscade. Dégénérescence amyloïde du cœur.

OBS. 17. — GODLEE et POWELL, *Lancet*, 1887, t. I, p. 716.

Homme de 35 ans. Bonne santé habituelle, mais sujet à une toux légère. Syphilis 10 ans avant, alcoolique. Un an avant, hémoptysie à la suite d'un travail pénible. Depuis cette époque, expectoration allant en augmentant. Depuis 3 mois, dyspnée, légère cyanose généralisée.

D'après les signes physiques, il semblait certain qu'il y eut des dilatations portant sur plusieurs bronches dans la partie inférieure de la région scapulaire gauche.

Opération le 4 septembre 1885. — Respiration difficile, cyanose, mort au début de l'anesthésie chloroformique.

AUTOPSIE. — On trouve les cavités à l'endroit diagnostiqué par le Dr Powell. Dilatations bronchiques bilatérales plus marquées à gauche.

OBS. 18. — GODLEE, *Lancet*, 1887, t. I, p. 717.

Femme de 29 ans. Sujette à la toux surtout pendant l'hiver. En février 1885, bronchite et pleurésie à la suite de laquelle l'expectoration devint plus abondante.

2 mois avant l'entrée à l'hôpital (décembre 1895) dyspnée. Signes de bronchiectasies manifestes en une seule région, à la base gauche. Bon état général.

30 décembre. — Ponction exploratrice. Issue d'un liquide fluide venant évidemment de la plèvre. L'opération fut différée jusqu'au 4 février 1886, époque à laquelle on fit une ponction dans le 9^e espace intercostal qui occasionna une hémoptysie. Immédiatement après, sur une ligne partant de l'angle de l'omoplate, résection de 2 pouces de la 10^e côte. La plèvre n'est pas adhérente immédiatement au niveau de l'incision, mais celle-ci fait pénétrer dans une petite cavité entourée d'adhérences friables. Une incision linéaire pratiquée dans le poumon ouvre une petite dilatation bronchique située à sa surface et par laquelle on introduit une sonde très loin dans les bronches et qui occasionne un violent accès de toux. Dilatation avec une pince et le doigt. Drainage. Légère hémorrhagie. Accès de toux. La malade expectore une grande quantité de pus.

Elle quitta l'hôpital dans de bonnes conditions, mais ne donna pas de ses nouvelles après sa sortie.

OBS. 19. — G. STEWART, *Brit. med. Journ.*, 1887, p. 179 et
Brit. med. Journ., 1893, t. I, p. 1147.

Homme de 27 ans, entre à Royal Infirmary le 14 mars 1887.

Pleurésie 9 ans auparavant. Depuis cette époque crachats fétides et état général de plus en plus mauvais.

A son entrée à l'hôpital, il est très émacié. Toux fréquente, expectoration abondante et fétide. Rétraction du côté gauche de la poitrine. Matité de tout le côté gauche avec signes très nets de caverne au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Diagnostic ferme de bronchiectasie.

Opération le 13 avril. — Ponction exploratrice au-dessous de l'angle de l'omoplate. Pas de résultat.

2^e ponction un peu au-dessous fait tomber sur l'excavation. Incision et résection de 2 pouces de côte. Introduction du doigt dans la cavité. Contre-ouverture à la partie inférieure de la caverne. Drainage et lavage.

Résultat. — Disparition de l'odeur des crachats. Petite hémorrhagie sans gravité, le lendemain de l'opération. Guérison. Pas de renseignements ni sur la durée de la persistance de la fistule ni sur le temps pendant lequel le malade a été suivi.

OBS. 20. — HOFMOKL, *Soc. imp. roy. des méd. de Vienne*,
16 janvier 1888.

Homme de 32 ans, malade depuis 15 jours. Expectore en grande abondance des crachats fétides, environ un demi-litre en 24 heures. Signes d'une grande cavité à droite et en arrière.

Résection de 7 centimètres d'une côte. On enfonce, à 5 centimè-

tres de profondeur, le thermo-cautère dans le poumon hépatisé. N'obtenant pas de résultat on le pousse plus profondément. Issue d'air mais pas de liquide. Malgré cela l'expectoration diminue et perd sa fétidité. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

OBS. 21. — MOSLER et VOGT in HARTWICH, Th. de Greifswald, 1889.

H., 13 ans. Avait eu auparavant une pleurésie. Depuis 5 semaines, point de côté, toux et crachats légèrement sanguinolents.

Entrée à l'hôpital le 2 juin 1882. Bien constitué. Les mouvements respiratoires du thorax sont moins amples à gauche qu'à droite.

Percussion. — A droite, sonorité exagérée. A gauche, en avant, au sommet, son normal, matité à partir de la 3^e côte ; en arrière, matité depuis l'épine de l'omoplate.

Auscultation. — A droite, quelques râles humides. A gauche, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à l'aisselle, souffle tubaire et gros râles secs entremêlés de petits râles à timbre métallique.

Cœur. Hypertrophie du ventricule gauche. Les autres organes sont normaux. Urine normale.

Les crachats sont fétides et mis dans un verre forment les 3 couches classiques. Pas de fièvre, pouls et respiration normaux.

Sous l'influence d'un traitement médical (térébenthine en inhalations et à l'intérieur) l'état du malade s'améliore et il quitte l'hôpital le 14 juillet.

Il rentre le 10 octobre, très affaibli.

Percussion. — A gauche dans la région sus-claviculaire, tympanisme. Dans la région sous-claviculaire, bruit de pot fêlé, plus bas matité. On retrouve les mêmes signes en arrière.

Auscultation. — A gauche au sommet, souffle tubaire. Dans la région sous-claviculaire souffle amphorique avec râles métalliques.

Les crachats sont très fétides. Traitement médicaux.

5 novembre. — Ponction exploratrice qui donne un liquide purulent mélangé de sang. Malgré le traitement, l'état du malade s'aggrave : fièvre, point de côté plus violent.

22 décembre. — Nouvelle ponction négative.

Opération le 23 décembre par Vogt. — Incision tégumentaire de 5 à 6 centimètres. Résection de 2 cm. 1/2 de la 3^e côte. Ponction au trocart dans la direction de l'aisselle. Ecoulement de pus mélangé de sang. On fait au thermo-cautère une incision dirigée dans le même sens que la ponction. Il s'écoule environ 2 cuillerées de pus fétide. Les parois de la caverne de la grosseur d'une pomme étaient tantôt résistantes, tantôt friables. On y reconnaissait l'abouchement de plusieurs bronches dilatées dans lesquelles on pouvait introduire le doigt. On fait une contre-ouverture à 3 centimètres au-dessous de

l'angle de l'omoplate entre la 8^e et la 9^e côte. On tombe sur une caverne beaucoup plus grande qui laisse écouler un quart de litre de pus fétide.

Lavages avec des solutions d'acide salicylique, d'acide thymique, d'acide borique. Drainage, pansement iodoformé. Après l'opération, l'état semble s'améliorer. Le soir après changement du pansement, le malade semble un peu agité. Il se plaint beaucoup la nuit. Les jours suivants, accès de dyspnée.

26. — Etat alarmant.

Les nuits sont agitées. Les douleurs et la soif augmentent. Morphine 0,05 centigrammes. La plaie a bon aspect. La cavité de la caverne diminue par bourgeonnement.

30. — Mort.

AUTOPSIE. — Les lésions étaient beaucoup plus considérables qu'on ne pouvait le croire.

OBS. 22. — MACKEY, *Brit. med. Journ.*, 1889, t. II, p. 660.

Homme de 20 ans, chétif. Tousse depuis 4 ans. Affection pulmonaire aiguë l'année précédente à la suite de laquelle il avait eu de la dyspnée, des hémoptysies et des crachats fétides.

Signes physiques de matité et de bronchite à la base droite.

Auscultation : signes d'une vaste caverne située à un pouce au-dessous de l'angle de l'omoplate, mais le maximum de ces signes est situé à 4 pouces de la 8^e vertèbre dorsale.

La fétidité des crachats a cessé pendant l'été pour reparaitre pendant l'hiver. Pas de bacilles tuberculeux dans les crachats, malgré de nombreuses recherches.

Après différents essais de traitement médical (benjoin, sulfocarbonate de soude, inhalations d'acide phénique et de résorcine) il parut y avoir un mieux réel au point de vue de la fétidité et de la quantité des crachats.

2 mois plus tard, essais infructueux d'injections intra-pulmonaires d'huile créosotée au moyen de la seringue de Pravaz. Les accidents continuent et les phénomènes de septicémie s'aggravent.

Opération le 26 avril. — Après incision des téguments au point où s'entendent les signes cavitaires au maximum on met à nu la plèvre qui est adhérente. Ponction au trocart. Il sort quelques gouttes de pus ; mais on ne juge pas la quantité suffisante pour tenter la pneumotomie.

On fait alors 2 ponctions exploratrices. Elles donnent beaucoup de sang et provoquent des quintes de toux. On suspend l'opération. La canule est laissée en place.

8 jours après, nouvelle tentative. Cette fois on fait une incision à travers le poumon et on tombe dans une cavité de forme allongée

d'où sort environ une once de pus sanguinolent. Drainage et injections boriquées quotidiennes.

A partir de ce moment, diminution des crachats et disparition de la fétidité. Mais elle reparait quelques jours après avec des signes de gangrène pulmonaire.

Mort le 1^{er} juin.

AUTOPSIE. — A droite, adhérences totales de la plèvre. Cavités multiples séparées par des tractus fibreux et remplissant tout le lobe inférieur. Le drain est dans l'une de ces cavités. Induration du sommet du poumon.

Poumon gauche, congestionné et œdémateux. Foyer de gangrène dans le lobe inférieur. Pas de cavités bronchiectasiques dans ce poumon.

OBS. 23. — KRECKE, *Munch. med. Woch.*, 1891, p. 399.

Homme de 48 ans, envoyé de la clinique médicale pour l'opérer d'un empyème. Etat cyanosé. Comme antécédents, on put seulement apprendre qu'il souffrait depuis longtemps d'une affection pulmonaire et qu'il avait la fièvre depuis quelques jours.

Matité d'une étendue de 3 à 4 travers de doigt, à gauche en arrière et en bas. Une ponction exploratrice faite à la Clinique avait donné du pus. Des ponctions répétées n'ont pas donné de résultat.

Le diagnostic d'empyème semblait douteux à cause du peu d'étendue de la matité, cependant le traitement chirurgical semblait indiqué. On ouvre la plèvre par résection costale. Elle était vide. Le pneumothorax survenu immédiatement rendit l'examen du poumon difficile. Les ponctions répétées restèrent négatives et on dut suspendre l'opération. Mort quelques heures plus tard.

AUTOPSIE. — Cavités bronchiectasiques étendues et foyer particulièrement développé dans le lobe inférieur gauche d'où la 1^{re} ponction exploratrice avait tiré du pus.

OBS. 24. — LAACHE, *N. mag. for læger*, 1891, n° 4, in QUINCKE, *Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir.*, III liv. p. 44, n° 7.

Homme de 17 ans. Dilatation sacciforme. Signes cavitaires à la suite d'une bronchite chronique datant de 6 ans (peut-être à la suite de l'introduction d'un corps étranger). Pas d'adhérences pleurales.

Ponction exploratrice du côté droit. Résection de 5 centimètres de la 8^e côte sur la ligne angulaire. Ouverture de la plèvre, suture en collerette du poumon aux lèvres de la plaie.

8 jours après, ouverture de la cavité bronchiectasique au thermocautère.

Guérison avec fistule. 100 centimètres cubes d'expectoration au lieu de 900.

Mort 9 mois après de méningite par abcès du cerveau.

OBS. 25. — S. COUPLAND, *Lancet*, 1892, t. II, p. 869.

Femme de 18 ans. Entrée à l'hôpital le 23 décembre 1889 pour une toux opiniâtre accompagnée d'expectoration purulente fétide. Pas de bacilles dans les crachats. Signes cavitaires au niveau de la 8^e côte entre l'angle inférieur de l'omoplate et la colonne vertébrale.

Diagnostic. — Une ou plusieurs cavernes dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Début 2 ans, mais accidents graves depuis quelques jours seulement.

Le 10 mai 1890, après échec d'un traitement palliatif, Pearce Gould fait 2 ponctions l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la 8^e côte. Pas de pus, hémoptysie, cyanose. On doit cesser toute espèce d'exploration.

Le 17 mai, apparition d'une tuméfaction inflammatoire diffuse au niveau de la ponction.

Opération le 18 mai. — Chloroforme. Incision de l'abcès pariétal. On tombe sur une cavité pulmonaire et une partie de la 8^e côte est réséquée. La cavité allait être largement ouverte, lorsque la malade pâlit, le pouls faiblit et elle meurt 20 minutes après.

AUTOPSIE. — Un pouce de la 9^e côte avait été réséqué. Une bronche dilatée était ouverte et un grand nombre de dilatations sacculaires des bronches occupaient le lobe inférieur gauche. Les bronches du lobe supérieur étaient également dilatées.

Dilatation bronchique également du côté droit.

OBS. 26. — HOFMOKL, *Wien. med. Pres.*, 1893, 30 avril.

Homme de 43 ans, entre à l'hôpital le 16 janvier 1893.

Bonne santé habituelle. En 1886, variole. N'a jamais toussé. Depuis 5 semaines, point de côté accompagné de fièvre, de toux, surtout la nuit. Depuis 3 semaines, l'haleine et les crachats sont horriblement fétides. Perte d'appétit et de sommeil. Amaigrissement.

Examen du malade. — Bonne constitution, taille moyenne. Haleine fétide surtout quand il tousse.

A droite, en haut et en avant, le thorax est aplati, cependant les mouvements respiratoires ont la même amplitude des deux côtés. Les vibrations thoraciques sont un peu plus faibles à droite qu'à gauche.

Percussion. — Dans la fosse sus-claviculaire droite, sonorité. Au niveau de la clavicule, matité absolue. Dans les 1^{er}, 2^e et 3^e espaces intercostaux, son cavitaire limité en dehors par une ligne partant du

mamelon ; en dehors de cette ligne percussion normale. A droite en arrière, poumon normal. A gauche, en avant et en arrière, poumon normal.

Auscultation. — A droite, dans la fosse sus-claviculaire, respiration normale ; souffle tubaire dans le 1^{er} espace intercostal près du sternum. Râles caverneux entre la 1^{re} et la 2^e côte. Quelques râles secs dans le reste de la région de la matité. Respiration normale dans le reste des deux poumons.

Opération le 30 janvier 1893. — Chloroforme. Incision dans le 2^e espace intercostal à 6 centimètres du bord droit du sternum, sur une longueur de 9 centimètres parallèlement à la côte jusqu'à la plèvre. Ouverture de la plèvre et du poumon au thermo-cautère. La plaie ne saigne presque pas. On arrive dans une cavité située à 5 centimètres de profondeur. Evacuation du pus. Drainage. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Le malade sort le 18 février. Il a encore un drain dans la fistule et vient se faire panser tous les 3 jours. Guérison complète peu de temps après.

OBS. 27. — WALTHER, *Congrès de chirurgie de Paris*, 1895, p. 401.

Femme de 26 ans. Signes de pyo-pneumothorax partiel de la moitié inférieure de la plèvre gauche. Dans tout le lobe supérieur du poumon gauche, signes de bronchite chronique avec dilatation. Expectoration abondante, purulente, très fétide, se produisant 2 ou 3 fois par jour sous forme de vomiques, après une quinte de toux prolongée, suffoquante. Dans l'intervalle de ces évacuations, pas d'expectoration. Pas de bacilles tuberculeux dans les crachats. Etat général très mauvais. Début 14 ans, à la suite d'un rhume. Depuis cette époque n'a pas cessé un seul jour de rendre du pus en plus ou moins grande abondance.

En novembre 1892, en Angleterre, attaque de grippe puis pleurésie purulente nécessitant une incision dans le 5^e espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure. Guérison après un drainage de 15 jours. Au moment où on examine la malade on ne constate plus, au niveau de la cicatrice, qu'une légère submatité avec obscurité du murmure vésiculaire témoignant de l'existence d'adhérences pleurales.

Diagnostic, après consultation avec 2 médecins : bronchite chronique avec dilatation bronchique généralisée à tout le poumon gauche ; pleurésie purulente enkystée de la partie inférieure de la plèvre gauche, probablement consécutive à un point de gangrène pulmonaire avec fistule pleuro-bronchique.

Opération le 9 mai 1894. — Chloroforme. Résection de la 7^e et de la 8^e côte, près de la colonne vertébrale, au centre du foyer. Adhérences des 2 feuillets de la plèvre. Le tissu pulmonaire sous-jacent est

scélérosé, dur et ne saigne presque pas sous le bistouri. On arrive sur une cavité énorme occupant tout le lobe inférieur du poumon gauche. Cette cavité a une hauteur totale de 25 centimètres se rétrécissant peu à peu à la partie supérieure. Résection très large de la 8^e et de la 9^e côte. Tamponnement de la cavité avec des éponges et de la gaze stérilisée.

Cessation des vomiques, diminution de l'expectoration.

La grande cavité se combla rapidement et la guérison fut complète en moins d'un mois sauf le diverticule logé sous la 6^e côte. Au mois de juillet (2 mois après la 1^{re} opération), cette petite cavité restant fistuleuse et n'ayant pas de tendance à se combler, résection de la 5^e et de la 6^e côtes. On arrive sur une cavité allant en se rétrécissant en haut et en avant pour se continuer avec une bronche du calibre d'une grosse plume d'oie. Section au thermo-cautère du parenchyme pulmonaire, ouverture de 3 autres bronches de plus petit calibre. Les orifices des bronches furent profondément poursuivis au thermo-cautère et l'on ne s'arrêta que dans la crainte d'approcher du hile du poumon.

Au mois de septembre, cicatrisation de la fistule. A 3 reprises différentes, se reforma une fistulette correspondant à l'orifice bronchique qui restait béant au fond du trajet. Chaque fois, cautérisation de cette fistule avec un stylet rougi profondément enfoncé dans la bronche.

Cicatrisation définitive depuis le mois d'avril 1895.

OBS. 28. — RECLUS, *Clin. chir. de la Pitié*, 1894, p. 39, et
Congrès de chirurgie de Paris, 1895, p. 62.

Homme de 50 ans, présentant une caverne intra-pulmonaire supposée consécutive à une pleurésie interlobaire.

Anesthésie à la cocaïne. Incision sur l'angle de l'omoplate dont on résèque l'extrémité. Dénudation d'un côté dont on résèque 8 centimètres. La plèvre épaissie est ouverte. On arrive sur le tissu pulmonaire induré qu'on incise au thermo-cautère à une profondeur de 5 centimètres. On arrive sur la caverne d'où fait irruption une quantité énorme de liquide purulent et fétide.

En un mois, le malade regagne 11 livres. Il se lève et ses forces reviennent. Mais la caverne ne se comble pas, et le doigt, enfoncé dans la plaie, ne sent en aucun point les limites de la cavité. Les sécrétions sortent en abondance.

Peu à peu, l'appétit diminue, l'amaigrissement reparait. Aussi M. le Dr Reclus se décide-t-il à pratiquer l'opération d'Estlander pour rapprocher l'une contre l'autre les 2 parois de la caverne et favoriser leur coalescence.

Chloroformisation. Opération durant 29 minutes sans perte de sang

appréciable, mais deux heures après, le malade meurt des phénomènes d'asphyxie.

OBS. 29. — QUINCKE, *Mittheilungen a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir.*, t. I, 1^e livr., 1895, p. 15, obs. 2.

Homme de 23 ans, bonne santé habituelle. Entre à l'hôpital le 23 mars 1894 pour une pneumonie droite ; 6 jours après, pneumonie gauche. Dès le début, expectoration très abondante s'élevant le 11 avril à 150 à 200 cc.

Le 29 avril, les signes de pneumonie ont disparu et à partir du 1^{er} mai, on constate à la base gauche, en arrière au niveau du 8^e espace intercostal, un souffle inspiratoire très fort ; à gauche en avant, matité commençant au niveau de la 5^e côte.

A droite, en arrière, en bas, matité presque absolue.

Diagnostic. — Bronchiectasies existant depuis longtemps mais dont la pneumonie intercurrente a précipité la marche.

18 mai. — Anesthésie à la cocaïne (0,10 cent.). Incision tégumentaire de 5 centimètres de long dans le 8^e espace intercostal à gauche, en arrière et en bas. Application de pâte de chlorure de zinc.

20. — Deuxième application de pâte de chlorure de zinc.

27. — 3^e application de pâte de chlorure de zinc.

5 juin. — Résection de 4 centimètres des 9^e, 10^e et 11^e côtes. On enduit le périoste de pâte de chlorure de zinc.

9. — Ponction exploratrice. Pus. Ouverture de la plèvre et du poumon au thermo-cautère.

23. — La fistule bourgeonnant est élargie au thermo-cautère.

A partir du 24 juin, la quantité de l'expectoration tombe à 50 cc. en 24 heures.

Vers le milieu de juin, la guérison a été retardée par un léger érysipèle.

Le 5 août, la guérison est complète et le malade quitte l'hôpital pour reprendre son travail.

N. B. — Quincke, dans les considérations qui suivent cette observation, fait remarquer que les adhérences pleurales manquaient en certains endroits. Nous ne savons sur quoi il se base pour faire ce diagnostic.

OBS. 30. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 17, obs. 3.

Homme de 34 ans. A 17 ans, malade pendant 2 ans, toux, hémoptysie, fièvre. En janvier 1894, influenza. Tousse beaucoup depuis cette époque.

Entrée à l'hôpital le 5 janvier 1895 pour une toux opiniâtre avec quelquefois du sang dans ses crachats. Amaigrissement, poids 62 kilogs. Le thorax est un peu aplati. Le côté gauche participe très peu aux mouvements respiratoires. Matité en bas à gauche et en arrière jusqu'à la 7^e côte. Du même côté au sommet, quelques petits râles fins.

A gauche en avant, et à droite en avant et en arrière, respiration normale.

Expectoration muco-purulente de 50 à 150 centimètres cubes par 24 heures, sans odeur, ne renfermant pas de bacilles. Pas de fièvre. Les autres organes sont sains.

Diagnostic. — Dilatations des bronches à gauche, en bas et en arrière remontant à 17 ans. Probablement, mais non pas certainement adhérences pleurales.

12 janvier 1895. — Incision et application de pâte de chlorure de zinc dans les 9^e et 10^e espaces intercostaux.

Le 14 et le 18, nouvelle application de pâte de chlorure de zinc. Douleurs névralgiques dans la sphère du 8^e nerf intercostal. L'expectoration devient plus abondante (200 cc.).

20. — Résection de 4 centimètres de la 10^e côte. Nouvelle application de pâte de chlorure de zinc. Mauvais état général.

1^{er} février. — Ponction exploratrice dans le fond de la plaie qui ramène quelques gouttes d'un liquide légèrement purulent. Application de pâte de chlorure de zinc.

2. — Expectoration moins abondante (100 cc.), mais fétide.

9. — Dans le fond de la plaie, incision au thermo-cautère. Badigeonnage de chlorure de zinc.

12. — Pas d'écoulement de pus mais sortie expiratoire d'air. A partir du 15 février, écoulement abondant de pus par la fistule. L'expectoration diminue (10 cc.) sans odeur.

25. — Poids 56 kilogs. La fistule se fermant et l'expectoration augmentant, on résèque de nouveau 5 centimètres de la 9^e côte. Nouvelle application de pâte de chlorure de zinc. La fistule se rouvre les jours suivants. L'expectoration cesse presque complètement. L'état général s'améliore sensiblement.

11 mars. — On retire le drain.

15 avril. — Poids 61 kilogs. Peu d'expectoration. Pas de bacilles tuberculeux.

20. — Depuis quelques jours, légère fièvre vespérale. Bacilles tuberculeux dans les crachats.

13 mai. — Le malade quitte l'hôpital avec sa fistule. On lui donne le conseil d'aller faire une cure de montagne.

La tuberculose après avoir fait quelques progrès a un peu rétro-cédé dans ces derniers temps.

OBS. 31. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 18, obs. 4.

Homme de 36 ans. Depuis 12 ans, toux et expectoration surtout dans ces dernières années avec quelquefois odeur fétide. Affection pulmonaire il y a 10 ans. Entre à l'hôpital le 6 avril 1892. Matité au sommet droit et matité circonscrite dans la région axillaire.

Poumon gauche en bas et en arrière, matité circonscrite et râles sous-crépitaunts. Expectoration rejetée par vomiques (200 centimètres cubes dans les 24 heures).

Pas d'albumine.

Dans les jours qui suivent l'entrée à l'hôpital, l'état du poumon gauche change, le son devient tympanique en bas et en arrière.

11 avril. — Ponction exploratrice à gauche en bas et en arrière, démontre l'existence d'une grande cavité. Pas de pus. Adhérences pleurales.

Diagnostic. — Grosse caverne bronchiectasique à la suite de bronchite chronique.

13. — Incision dans le 9^e espace intercostal gauche. Résection de 6 centimètres de la 9^e côte. Ponction, pas de pus. Application de pâte de chlorure de zinc. Collapsus de peu de durée.

16. — Nouvelle application de pâte de chlorure de zinc.

19. — Une ponction dans le fond de la plaie amène un liquide séreux trouble. 3 jours après, un épanchement pleural encapsulé se fait jour spontanément dans la plaie.

4 mai. — Résection de 7 centimètres de la 10^e côte.

A partir du 10 mai, la quantité de l'expectoration va en diminuant et n'atteint plus que 20 à 30 centimètres cubes dans les derniers jours de mai. Pendant ce temps l'odeur fétide a disparu.

Le malade sort le 1^{er} juin après guérison de sa plaie.

Rentre 3 semaines après. L'expectoration a augmenté de nouveau (50 à 200 centimètres cubes). L'examen local n'a pas changé, seuls les râles sous-crépitaunts du poumon droit ont augmenté.

(D'après les renseignements fournis par les parents, l'expectoration a été en augmentant et le malade est mort 2 ans après.)

OBS. 32. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 27, obs. 7.

Homme de 66 ans. Début 4 ans : toux et expectoration allant en augmentant. Depuis 3 mois surtout, tousses énormément. L'expectoration augmente quand le malade se couche sur le côté gauche ou qu'il se tient debout. Odeur parfois fétide depuis quelques mois. Oppression, amaigrissement de 7 à 8 livres. Traitement à la térébenthine.

Entrée le 20 octobre 1891. Mouvements respiratoires moindres à droite qu'à gauche.

Des deux côtés, en arrière et en bas, il existe des endroits symétriques où le son est clair et tympanique, et la respiration soufflante. Dans le reste du poumon, murmure vésiculaire avec expiration prolongée et quelques râles crépitants. Expectoration fétide (200 cc.).

23 octobre. — A gauche, en arrière et en bas, zone de matité étendue de 2 doigts. Au-dessus, respiration soufflante. Un peu plus tard, au même niveau, respiration amphorique avec quelques râles crépitants métalliques.

Depuis l'entrée, la température oscille entre 37 et 38.

26. — Incision sur la 9^e côte gauche dans la ligne scapulaire. Résection de 7 centimètres. Au-dessous de la plèvre costale, on voit les mouvements inspiratoires et expiratoires du poumon. Tamponnement.

Les jours suivants, bon état général. L'expectoration renferme quelquefois un peu de sang.

2 novembre. — Teinture d'iode au niveau de l'incision.

3. — Malade abattu. Expectoration putride abondante. Plusieurs ponctions exploratrices. Incision du poumon au thermo-cautère. Pas de pus. Au-dessous du point où a porté l'incision, adhérences pleurales et au-dessus, léger pneumothorax. Dans la nuit, hémoptysie (100 cc.). Abattement, pouls mauvais.

4. — L'état va en s'aggravant. Légère expectoration. Mort dans le collapsus.

AUTOPSIE. — Pas de liquide dans la cavité pleurale gauche. Poumon gauche, peu rétracté. Dans le voisinage de l'incision, les 2 feuillets de la plèvre sont recouverts de légers dépôts fibrineux. Emphysème des 2 poumons, surtout à droite. Dilatations cylindriques des 2 bronches. La paroi bronchique est amincie et dans le lobe inférieur gauche, dilatation sacciforme contenant du pus fétide en grande abondance. Au-dessus de l'incision, cavité de la grosseur d'une pomme contenant du pus fétide dans laquelle arrive une bronche peu volumineuse.

De plus, dégénérescence amyloïde des viscères.

Tuberculose chronique au sommet droit.

OBS. 33. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 32, obs. 8.

Femme de 42 ans. Il y a 22 ans, pneumonie. Il y a 4 ans, ulcère de l'estomac. En dehors de cela bonne santé habituelle.

En avril 1893, influenza, guérison. En juillet la toux devient fréquente, expectoration abondante. En septembre 1893 on diagnostiqua une bronchiectasie à gauche en bas et en arrière.

Entrée le 8 mars 1894. Amaigrissement. Fièvre légère. Expectoration, 150 à 200 cc. légèrement fétide. A gauche, en arrière et en bas, submatité jusqu'à la 8^e vertèbre dorsale.

12 mars. — Incision sur la ligne angulaire du 9^e espace intercostal jusqu'aux muscles intercostaux. Application de pâte de chlorure de zinc.

15, 17, 19 et 20 mars. — Nouvelles applications de pâte de chlorure de zinc. L'expectoration ne diminue pas.

23 mars. — Résection de 3 centimètres de la 10^e côte. Plusieurs ponctions exploratrices sans succès. Adhérences pleurales probables. Incision du poumon au thermo-cautère sans succès. Teinte sanguinolente des crachats. Introduction d'une sonde flexible jusqu'à 8 centimètres de profondeur.

24 mars. — En sondant la fistule, il sort de l'air. Dilatation de la fistule au thermo-cautère.

25 mars. — Diarrhée intense, affaiblissement.

26 mars. — Nouvelle dilatation de la fistule au thermo-cautère. On arrive dans des tissus mous et dans une petite cavité d'où il sort du pus.

27 mars. — Mort.

AUTOPSIE. — Bronchiectasies avec contenu fétide. Au sommet gauche, grande caverne bronchiectasique et nombreuses infiltrations caséuses. Tuberculose légère. Rétraction presque complète du lobe inférieur gauche par suite de pneumonie chronique. Oblitération complète de la cavité pleurale. Dans le lobe supérieur gauche, cavité de 6 cm. 1/2 de long sur 4 cm. 1/2 de large allant jusqu'à la plèvre entourée par des tissus renfermant de l'air. Cette cavité qui a plusieurs prolongements communique avec une bronche dilatée. Le lobe inférieur gauche est petit, ne renferme presque pas d'air mais quelques foyers caséux et de nombreuses bronchiectasies.

Le poumon droit n'est pas rétracté. Le lobe inférieur est parsemé de nombreuses bronches dilatées. Petite caverne au sommet.

Les autres organes sont sains.

Obs. 34. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 34, obs. 9.

Fille de 12 ans, diphtérie en automne 1889. Toux sèche jusqu'en novembre 1893. Méningite. Depuis cette époque, expectoration purulente.

En février 1894, résection de côtes à droite, en arrière pour empyème. On retire 400 cc. de pus.

Jusqu'en avril 1894, l'expectoration ne diminue pas et augmente à partir de cette date.

Matité au niveau de la cicatrice, disparaissant après l'expectoration.

Diagnostic : bronchiectasie sacciforme du poumon droit.

17 mai. — Une ponction exploratrice donne 1 cc. de pus. Résection costale. Nouvelle ponction. On ne trouve pas de pus, peut-être

parce que l'enfant avait vomi une bouchée de pus. Quelques jours plus tard résection de la 3^e côte sur la ligne axillaire.

Ponction exploratrice sans résultat.

23. — Expectoration fétide (100 à 200 cc.). Rétraction du thorax à gauche. Partout matité mais surtout à droite, en arrière et en bas. Dans la ligne axillaire, au niveau de la 3^e côte, fistule pulmonaire donnant du pus, murmure vésiculaire diminué à droite.

Résection de la 2^e et 3^e côtes sur la ligne axillaire. Dilatation de la fistule. Ponctions exploratrices. Insuccès.

6 juin. — Incision des muscles au niveau des 8^e et 9^e côtes au niveau de l'ancienne cicatrice. On arrive sur une plèvre épaissie. Incision au thermo-cautère, on ouvre plusieurs bronches, mais on ne trouve pas de cavité. Les jours suivants, le pansement renferme du pus et en 2 jours, l'expectoration tombe à 40 cc. Cet état favorable ne se maintient pas et bientôt l'expectoration atteint 200 cc. avec fétidité intermittente. Cicatrisation des fistules.

2 juillet. — Sortie sans amélioration.

OBS. 35. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 35, obs. 10.

Homme de 18 ans. Pneumonie à 9 ans et rhumatisme articulaire.

A 13 ans, nouvelle pneumonie et pleurésie à la suite de laquelle l'expectoration (300 centimètres cubes) devint fétide. Diminution de cette expectoration l'année dernière à la suite d'un traitement à la térébenthine. Quelquefois les crachats sont striés de sang.

Entrée à l'hôpital le 2 mai 1890, parce que la toux et l'expectoration augmentent. Bon état général. Thorax aplati. Poumon gauche normal.

Poumon droit en avant et en bas, sonorité tympanique. En arrière et en bas, zone de matité de la largeur d'une main et demie.

Bruit systolique à la pointe du cœur.

6 mai. — Le malade ayant peu expectoré la veille, la zone de matité augmente. Après avoir toussé, les bruits respiratoires deviennent plus nets et affectent un caractère bronchique. En un point de la 10^e côte, respiration bronchique très nette et dans les jours suivants on entend à ce niveau un léger bruit amphorique.

12. — On endort légèrement le malade. Incision dans le 9^e espace intercostal à partir de l'omoplate. Application de pâte de chlorure de zinc.

Le malade contractant la diphtérie, l'opération est retardée.

7 juin. — 1 centigramme de morphine, légère narcose chloroformique pendant laquelle le malade expectore abondamment.

On cesse la chloroformisation. Anesthésie à la cocaïne. Résection de 4 centimètres de la 10^e côte. Application de pâte de chlorure de zinc. Dans l'après-midi collapsus.

10. — Expectoration sanguinolente.

18. — Ponction exploratrice dans le 9^e espace intercostal droit. A 2 centimètres 1/2 de profondeur, issue de pus mélangé d'air. Incision au thermo-cautère. On arrive sur la caverne d'où sortent 40 centimètres cubes de pus. Les jours suivants issue de pus par la fistule (65 centimètres cubes), plus d'expectoration.

8 juillet. — La cavité semble petite. Ponction exploratrice de cette cavité sans résultat. Le malade augmente de poids.

9. — On pénètre avec une sonde jusqu'à 9 centimètres de profondeur. On provoque la toux. Expectoration abondante et fétide.

17. — Agrandissement de la fistule au thermo-cautère. A partir du 26 juillet, pulvérisation d'acide phénique à travers la fistule. Expectoration minime. Scoliose avec concavité droite.

29. — Sort avec sa fistule. Bonne santé pendant le mois suivant. Du 25 septembre au 30 octobre rentre à l'hôpital en observation. Drainage. Frottements pleurétiques à droite en avant et en bas,

27 février 1891. — Ecoulement de pus inodore à travers le drainage. Au fond de la plaie, aboutit une bronche de 2 à 3 millimètres de diamètre.

En été 1891. — Ecoulement par la fistule de 150 centimètres cubes de pus fétide. Nouvelle opération. Résection de 3 côtes au voisinage de la fistule. Insufflation de poudre d'iodoforme. Diminution de la sécrétion et de l'expectoration. En éclairant la cavité, on en aperçoit une 2^e puis une 3^e. Dilatation de toutes ces cavités avec des éponges, puis insufflation de poudre d'iodoforme.

15 juillet. — En retirant l'éponge mise la veille, il se produit une hémorrhagie par la fistule et par la bouche. Tamponnement de la caverne avec de la gaze iodoformée. Le sang s'arrête et le malade va bien.

6 jours après. On change le pansement. Nouvelle hémorrhagie. Mort.

Pas d'autopsie.

OBS. 36. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 37, obs. II.

Homme de 31 ans. En 1888, pneumonie et typhus. Depuis l'enfance toux et expectoration avec hémoptysie.

Tombe malade le 5 mai 1894. Expectoration sanguinolente. Entrée à l'hôpital le 23 mai. Dyspnée et douleur à gauche et en bas. Fièvre rémittente. L'amplitude respiratoire est moindre à gauche qu'à droite. Rétraction du poumon droit.

A gauche en bas et en arrière, matité limitée par une ligne allant de la 5^e dorsale à un point situé à 2 centimètres au-dessous du mamelon. Cette région est sensible à la pression. Au sommet gauche,

respiration rude. Expectoration 200 à 400 centimètres cubes. Pas de bacilles tuberculeux.

Rien aux autres organes.

24 mai. — Vomique 100 centimètres cubes. Odeur putride de la respiration.

Diagnostic: Dilatation du lobe inférieur gauche à la suite d'une bronchite chronique provenant d'une pleuro-pneumonie.

18. — Application de pâte de chlorure de zinc dans les 9^e et 10^e espaces intercostaux sur la ligne angulaire.

30 mai et 1^{er} juin. — Nouvelles applications de pâte de chlorure de zinc.

6. — Expectoration fétide de 100 à 200 centimètres cubes. Résection de 8 centimètres des 9^e et 10^e côtes. Nouvelle application de pâte de chlorure de zinc.

11. — Le malade commence à se lever.

12. — Plaie bourgeonnante. Expectoration 25 centimètres cubes. Meilleur état général.

18. — Ponction exploratrice. Pus. Cautérisation de la fistule au thermo-cautère. Une 2^e ponction exploratrice donne un peu de sang, cautérisation au thermo-cautère. Le sang s'arrête. Nouvelle cautérisation au thermo-cautère. Le sang sort par jets. Compression avec de la gaze. Etourdissement. Injections sous-cutanées. Pâleur, sueurs froides. Pouls insensible.

Mort 15 minutes après le commencement de l'hémorrhagie. Il n'a cependant perdu que 5 à 10 centimètres cubes de sang (?) Pas d'hémorrhagie par les voies respiratoires.

AUTOPSIE. — Eschare produite par le thermo-cautère. Bronche ouverte, veine ouverte. Adhérences pleurales, sang dans les voies respiratoires. Emphysème pulmonaire; léger œdème. Bronchiectasie dans le lobe gauche inférieur. Diastole des 2 cavités cardiaques. Gonflement de la rate. Dégénérescence amyloïde des viscères. On trouve une grande cavité où il y a 2 eschares produites par le thermo-cautère et où aboutissent plusieurs bronches.

Parallèlement à la plus grosse de ces bronches, à 8 millimètres court une veine pulmonaire jusqu'à la 2^e eschare. Là elle se divise en plusieurs branches dont une est ouverte par l'eschare. La circonférence de cette veine, à l'endroit où elle a été blessée, est de 1 centimètre et elle garde cette dimension jusqu'à son aboutement dans la veine principale. La longueur de l'ouverture de la veine est de 6 cm. 1/2.

Le lobe inférieur gauche est rétracté.

Les bronches paraissent partout rouges et renferment un peu de sang. Au niveau de l'incision, adhérences pleurales solides.

Pas d'air dans les vaisseaux des autres organes.

OBS. 37. — QUINCKE, *loc. cit.*, p. 41, obs. 12.

Homme de 49 ans. Toux et expectoration depuis plusieurs années. Dans les 15 derniers jours, expectoration plus abondante et fétide. Hémoptysie.

Entrée à l'hôpital le 3 décembre 1892. Poids 64 kilogrammes. Matité du poumon droit en avant et en arrière, avec frottements pleurétiques en bas et en avant.

8 décembre. — La matité a disparu en avant, mais persiste en arrière et augmente plus tard, surtout en bas. Le 17 décembre, elle va jusqu'à l'épine de l'omoplate.

L'expectoration qui, dans les premiers jours, s'élevait de 300 à 600 centimètres cubes diminue et à partir du 10 décembre, n'atteint plus que 100 à 150 centimètres cubes. Odeur fade, fétide seulement le matin. Pas de fibres élastiques. Fièvre.

18. — A gauche, en arrière et en bas, incision dans les 9^e et 10^e espaces intercostaux jusqu'aux muscles. Application de pâte de chlorure de zinc répétée 8 jours plus tard, puis les 2 et 9 janvier 1892.

13 janvier. — Frottements pleurétiques au niveau de la plaie.

16. — Narcose légère; résection de 4 centimètres de la 10^e côte.

19. — Plusieurs ponctions exploratrices infructueuses. Nouvelle application de pâte de chlorure de zinc.

A partir de cette époque, l'expectoration augmente (400 cc.) et devient fétide.

25. — Nouvelle ponction exploratrice dans la direction de l'articulation sterno-claviculaire. Arrivé à 3 cm. 1/2 de profondeur; on retire un peu de pus. Incision au thermo-cautère. On ne trouve pas de cavité.

28. — Changement de pansement. Le canal de la fistule s'est dilaté jusqu'à atteindre la grosseur d'un crayon. La sonde peut pénétrer jusqu'à 12 centimètres de profondeur. Issue d'un peu de liquide.

Dans la deuxième moitié de février, l'expectoration diminue beaucoup. Température normale à partir du 26.

Au commencement de mars, l'odeur fétide a presque disparu.

Pendant ce temps, apparition autour de la plaie d'un son tympanique avec râles humides. Le malade se lève.

6 mai. — Expectoration 50 à 100 centimètres cubes d'odeur douceâtre. La fistule est guérie. Son tympanique des 2 poumons en arrière et en bas. Bon état général. Poids 75 kilogrammes.

Le malade quitte l'hôpital pour reprendre son travail.

OBS. 38, inédite, due à l'obligeance de M. PIERRE DELBET.

Mme V., 45 ans, tousse depuis plus de 15 ans avec des périodes de recrudescence et des poussées bronchitiques qui nécessitent pendant plusieurs semaines le séjour au lit.

Les accidents ont commencé en 1878 par une affection fébrile, avec inflammation aiguë des poumons. Un médecin qui vit la malade à cette époque prononça le mot de pleurésie. La maladie initiale dura un peu plus de 6 mois avec poussées fébriles irrégulières. L'expectoration fut abondante dès le début et à deux ou trois reprises espacées il y eut de véritables vomiques après lesquelles la malade se sentait soulagée.

Depuis la première atteinte l'expectoration a toujours été caractérisée par sa grande abondance. En outre, à des intervalles variables, mais de plus en plus rapprochés, surviennent des phénomènes d'aggravation.

Ces recrudescences se marquent par une poussée fébrile, avec bronchite généralisée, sensation de poids dans la poitrine principalement à gauche. Puis l'expectoration augmente d'abondance sans qu'il y ait, depuis longtemps du moins, de véritables vomiques. Quelquefois aussi l'expectoration prend de l'odeur, mais celle-ci persiste rarement.

En décembre 1891 et janvier 1892, la malade a dû garder le lit par suite d'une poussée plus intense de bronchite avec congestion pulmonaire.

Pendant ces diverses périodes, la malade s'alimentait mal et maigrissait rapidement pour reprendre à peu près son poids normal pendant les convalescences d'ailleurs toujours lentes.

En février 1892, la malade est pâle, anémiée, subébricitante. La toux est restée fréquente depuis la dernière poussée de bronchite. L'expectoration est toujours très abondante et incessante bien qu'elle se manifeste surtout au réveil. Il y a eu quelquefois du sang dans les crachats mais seulement au moment des poussées aiguës et même alors en très petite quantité.

A l'examen, on voit que la poitrine présente une très légère rétraction dans la partie moyenne du côté gauche, sur le trajet de la ligne axillaire. Les masses musculaires du thorax ne sont pas sensiblement diminuées de volume.

La percussion démontre qu'il y a une diminution notable de la sonorité thoracique en arrière dans une région qui va de la partie moyenne de l'omoplate à la base du poumon. Cette submatité ne dépasse pas la ligne axillaire.

L'auscultation fait entendre l'existence de râles humides de bronchite disséminés dans la zone de la submatité. Ces râles prennent le timbre de gargouillement au-dessous de la pointe de l'omoplate dans la région qui va transversalement de la ligne axillaire à la colonne vertébrale. En ce point, le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle cavitairé très net. La voix est bronchophonique et au niveau de la cavité supposée, on entend de la pectoriloquie aphone.

Dans tout le reste du poumon on entend des râles plus fins mais qui, nulle part, ne prennent les caractères de craquements.

Dans le poumon du côté opposé, on constate l'existence de quelques râles disséminés de bronchite, mais sans localisation spéciale au sommet.

L'expectoration est très abondante, atteignant parfois jusqu'à 1 litre 1/2, purulente avec une odeur fade, non gangréneuse. Elle est plus abondante dans la matinée pendant les quelques heures qui suivent le réveil, mais persiste tout le jour. La malade ne peut sortir sans être munie d'un crachoir de poche. Aussi est-elle obligée de vivre presque recluse.

Elle réclame ardemment une opération qui la soulage et lui permette de reprendre la vie de tout le monde. Je pensai qu'il s'agissait d'une poche pleurale interlobaire consécutive à une ancienne pleurésie. Mais avant de me décider à une intervention quelconque, je voulus avoir un avis médical, et j'adressai la malade à mon ami Vaquez. Celui-ci confirma le diagnostic. L'examen des crachats montra qu'ils ne contenaient pas de bacille tuberculeux.

Au commencement de mars 1892, M. le professeur Potain fut appelé en consultation. Il fit des réserves sur la nature de la caverne et pensa qu'au lieu d'une poche pleurale interlobaire, il s'agissait peut-être de dilatations bronchiques. En tout cas, il se prononça nettement en faveur de l'intervention chirurgicale.

15 mars 1892. Opération par M. Pierre Delbet.

La malade est endormie au chloroforme. Incision de la peau et des muscles au niveau de la 7^e côte, juste au-dessous de la pointe de l'omoplate. Résection sous-périostée de 5 centimètres de cette côte.

On constate alors que les plèvres sont adhérentes. On fait l'incision du poumon au bistouri sans qu'il se produise d'hémorrhagie notable. Ce n'est qu'après avoir pénétré profondément dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire (5 à 6 centimètres), qu'on tombe enfin non pas sur une grosse caverne comme on s'y attendait, mais sur une série de petites cavernes contenant du pus fétide qui fait irruption au dehors.

Il s'agissait manifestement de dilatation bronchique. Le diagnostic de M. le professeur Potain était donc confirmé.

J'introduisis dans la plus grande de ces cavités, dont les dimensions ne dépassaient pas d'ailleurs celles d'une noix, un gros tube de caoutchouc que je fixai à la peau et je fermai le reste de la plaie.

Les suites opératoires ne présentèrent aucune complication.

Le premier jour l'expectoration fut légèrement sanguinolente, mais elle diminua déjà de quantité. Le pansement, qu'il fallut renouveler tous les deux jours, était rempli de liquide glaireux qui avait absolument l'aspect des anciens crachats. Je voulus faire par la plaie des attouchements de la cavité avec le naphtol camphré ; mais les vapeurs du camphre en pénétrant dans les bronches, irritaient la trachée, le larynx et déterminaient des quintes de toux fort pénibles durant plusieurs heures. Je dus y renoncer.

L'amélioration fut très rapide et très considérable. L'expectoration diminua en même temps que l'écoulement par la plaie diminuait aussi. Je maintins néanmoins le drain et je conseillai même à la malade de le maintenir en permanence, craignant le retour des accidents si on venait à l'enlever. Le trajet était complètement épidermisé. Le drain était tout simplement recouvert d'une mince feuille de coton et maintenu par une ceinture de flanelle.

En juin 1892, l'état était pleinement satisfaisant. L'expectoration est à peine de quelques grammes par jour. La malade a repris la vie du monde et est absolument enchantée de son état.

Pendant l'hiver suivant, la santé reste bonne : la malade n'est pas obligée de s'aliter une seule fois ; ce qui ne lui était pas arrivé depuis des années. J'avais proposé à la malade de lui faire construire un petit appareil qui faciliterait le maintien du drain ; mais cela n'a pas été fait.

Pendant l'été de 1893, la malade étant à la campagne, le drain sort et ne peut être remis en place. La fistule se ferme. Cette oblitération de la fistule ne parut pas d'abord avoir de conséquences, mais bientôt l'expectoration devient un peu plus abondante. Les bénéfices de l'opération diminuent manifestement.

En décembre 1893, survient une poussée de bronchite analogue à celles qui se produisaient autrefois. Cette poussée dura trois semaines et l'expectoration reste à la suite plus abondante. Sans revenir aux quantités que l'on observait avant l'opération, elle atteint cependant deux à trois cents grammes.

29 janvier 1894. — Céphalée violente, contraction du bras droit.

30. — M. Déjerine appelé en consultation confirme l'idée d'un abcès cérébral localisé à la zone rolandique. La malade a perdu connaissance. Epilepsie jacksonnienne.

31. — Opération. Trépanation. On tomba sur une masse ramollie, sans pus véritable. — Le second jour, la malade reprit un peu connaissance ; mais le troisième au soir, la température se mit à s'élever, et la mort survint le quatrième.

Vu :

Le Président de la thèse,
TERRIER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Albert.** — *Wien. med. Pres.*, 1884, p. 855.
- Andrews** (E. W.). — *J. Am. med. Ass. Chicago*, 1885, t. V, p. 246-264.
- Biss et Marshall.** — *Med. Tim. and Gaz.*, 1884, t. I, p. 747.
- Benson.** — In *GODLEE, Lancet*, 1887, t. I, p. 716.
- Broadbent.** — *Brit. med. Journ.*, 1884, t. I, p. 1046.
- Bull.** — *Nord. med. arkiv.*, 1883, t. XV, n° 17.
- Cartaz.** — *Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 511-520.
- de Céréville.** — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1885, t. V.
- Cornil et Jocqs.** — *France méd.*, 1887, n° 49.
- Coupland.** — *Lancet*, 1892, t. II, p. 869.
- Cruveilhier.** — *Traité d'anat. pathol.*, t. II, p. 453-874.
- Dejean.** — *Th. de Paris*, 1885-86.
- Fenger et Hollister.** — *Am. j. of med. Sciences*, 1881, t. LXXXII, p. 370-392.
- Finlay.** — *Brit. med. Journ.*, 1888, t. II, p. 807.
- Foubert.** — *Arch. gén. de médecine*, octobre 1887.
- Godlee.** — *Lancet*, 1887, t. I, p. 716-717.
- Gombault.** — *Th. de Paris*, 1858.
- Guermontprez.** — *Acad. de méd.*, 30 octobre 1887.
- Hadden.** — *S. Thomas hosp. rep.*, t. XVII, p. 71.
- Hanot.** — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1^{er} juin 1893.
- Hanot et Gilbert.** — *Arch. de physiol.*, 15 août 1884.
- Hartwich.** — *Th. de Greifswald*, 1889.
- Heydenreich.** — *Sem. méd.*, 1886, p. 505.
- Heydweiller.** — *Th. de Berlin*, 1894.
- Hofmokl.** — *Soc. imp. roy. des méd. de Vienne*, 16 janvier 1888.
— *Wien. med. Pres.*, 30 avril 1893.
- Hutchinson.** — *Trans. path. soc. of Philadelphia*, 1877-78, t. VII, p. 133.
— *Philadelphia med. Tim.*, 1877, t. VI, p. 531.
- Kaczowowsky.** — *Deutsche med. Woch.*, 1883, p. 432.
- Koch.** — *Deuts. med. Woch.*, 1882, p. 440-441.
- Koelher et Bardleben.** — *Berl. klin. Woch.*, 9 février 1891.
- Krecke.** — *Münch. med. Woch.*, 1891, p. 399.
- Kroenlein.** — *Berl. klin. Woch.*, 1884, t. XXI, p. 129-132.
- Laache.** — *N. Magazin for Læger*, 1891, n° 4, in *QUINCKE*, p. 44.
- Lancereaux.** — *Th. de Paris*, 1862.
- Lassen.** — *Th. de Kiel*, 1886.
- Lauenstein.** — *Cent. f. Chirurg.*, 1884, p. 290.
- Leroy.** — *Archiv. de physiol.*, 1887.
- Lopez.** — *A. moderna cirurgia Pulmonar*, in-4°, 44 p. Lisboa, 1888
(typographia da academia real das sciencias).

- Mackey.** — *Brit. med. Journ.*, 1889, t. II, p. 660.
Moitier. — *Th. de Paris*, 1891.
Mosler et Hüter. — *Berl. med. Woch.*, 1873, n° 43.
— *Verhand. der Cong. f. innere Med.*, 1882, t. II, p. 87.
Mosler et Vogt. — In *HARTWICH*, *Th. de Greifswald*, 1894.
Muller. — *Deuts. Zeitsch. f. Chirurg.*, 1893, t. XXXVII.
Neve. — *Lancet*, 1887, t. I, p. 263.
Nicaise. — *Ass. franç. pour l'avancement des sciences. Cong. de Besançon*, 1893.
Oehler. — *Münchener med. Woch.*, 1891, n° XLI, p. 723.
Osler. — *John hopkins hosp. bull.*, 1889-90, t. I, p. 109.
Park (Roswell). — *Annals of surgery*, 1887, t. V, p. 385.
Payne. — *Lancet*, t. I, p. 601.
L. H. Petit. — *Union méd.*, 1886, t. 41, p. 61-73.
Poweil D. et Lyell. — *Lancet*, 1880, t. II, p. 12.
Quincke. — *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chirurg.*, 1^o Bd., 1^{er}. Iéna, 1895.
Reclus. — *Clin. chir. de la Pitié*, 1894, p. 39.
— *Congrès de chir.*, Paris, 1895, p. 62.
Rendu. — *Union méd.*, 31 janvier 1888.
Richerolle. — *Th. de Paris*, 1891-92.
Rochelt. — *Wien. med. Pres.*, 1886, p. 1264.
Rohden. — *Deutsch. med. Woch.*, 1884, t. X, p. 215.
Rüneberg. — *Deutsch. ark. f. klin. Med.*, 1888, t. XLI, p. 91.
Salomone. — *Riforma med.*, 1892, t. VIII, p. 147.
Seitz. — *Th. de Wurzburg*, 1888.
Slawyk. — *Th. de Berlin*, 1888.
Sommerfeld. — In *HEYDWEILLER*. *Th. de Berlin*, 1894.
Stewart. — *Brit. med. Journ.*, 1887, p. 719 et 1893, t. I, p. 1147.
Sutton. — *Chicago Med. rev.*, mars 1881, p. 112.
Taufert. — *Münchener med. Woch.*, 1891, n° 1.
Thiriar. — *Bull. de l'Ac. de Méd. de Belgique*, décembre 1887.
Truc. — *Th. de Lyon*, 1884-85.
Trzebicky. — *Wien. med. Woch.*, 20 et 27 mai 1893.
Turner. — *Th. de Paris*, 1893-94.
Walther. — *Cong. de chirurgie*, Paris, 1893, p. 101.
Wheelouse. — *Brit. med. Journ.*, novembre 1887, p. 1141.
Williams. — *Lancet*, 1882, t. II, p. 1078.
Williams et Marshall. — *Lancet*, 1822, t. II, p. 1107.
Williams et Godlee. — *Brit. med. Journ.*, 1886, t. I, p. 550.
— *Med. chir. trans.*, t. LXIX, p. 324.
Zielewicz. — *Deutsche med. Woch.*, 1887, p. 238.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
